



ANABELA PAULA BRÍZIDO

**CUIDAR DA VELHICE EM HUMANITUDE :
COMO REGULAR A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Direito

Orientador:

Doutor Francisco Pereira Coutinho, Professor da Faculdade de Direito da
Universidade Nova de Lisboa

Junho de 2017

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ANTI – PLÁGIO

Declaro por minha honra que o trabalho que apresento é original e que todas as minhas citações estão corretamente identificadas. Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui uma grave falta ética e disciplinar.

DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DOS CARACTERES

Declaro que o corpo da tese, incluindo espaços e notas, ocupa um total de **160.137** caracteres.

AGRADECIMENTOS

Este singelo trabalho expressa o apoio incondicional recebido por Instituições e Pessoas que ocupam, por várias ordens de razões, um lugar especial no meu coração. Desde já cumpre-me agradecer à FDUNL por todo o apoio recebido. Na expressão máxima da minha gratidão encontra-se, naturalmente, o meu Orientador Professor Doutor Francisco Pereira Coutinho. Nunca é demais evidenciar a sua elevada mestria, rigor científico e fina intuição que conduziram todo este caminho, em conjunto, percorrido. Decerto que não o esquecerei. Estendo esta mesma gratidão evidenciada a todos os Professores de Direito da referida Faculdade de que tive a sorte e privilégio ter sido aluna. Os seus elevados saberes transmitidos fizeram-me crescer, olhar e sentir de forma distinta o direito. Sem querer incorrer em indelicadezas para com os restantes existem, contudo, três Professores a quem gostaria de prestar um especial tributo. Por um lado, à Professora Doutora Maria Helena Brito pelo seu elevado rigor, competência e dedicação transmitidas nas cadeiras por si lecionadas. Por outro lado, ao Professor Doutor Fernando Horta Tavares que na cadeira de Justiça Constitucional nos presenteou com a sua “*salutar arte*” em questionar o aluno, provocando-o positivamente e fazendo-o repensar o direito. Por último, e não menos relevante, ao Professor Doutor Lúcio Tomé Feteira pelos elevados saberes transmitidos e constantes incentivos e desafios com que, “salutarmente” me confrontou. Dos muitos mestres com que a vida me presenteou todos os referidos, pelo seu toque de “*midas*” e “*genialidade*”, deixaram-me marcas profundas que, confesso, nem saber como expressar convenientemente. Fica por isso este singelo registo. E, porque por mais modesto que seja o investigador, carece sempre de apoio académico e bibliotecário não seria justo não deixar uma palavra de especial apreço aos Sr. (as) Dr. (as) Patrícia Luz, Cláudia Saltão, Maria Rosa Simões, Carlos Artur e Jorge Costa que acabam por ser o rosto mais visível das nossas naturais agruras e angústias e, porque não dizê-lo, também do nosso conforto. Todavia, e talvez por ter sido um trabalho em Humanidade outras Instituições e pessoas importam aqui ser destacadas. A Cooperativa “*Via Hominis*” na pessoa do Dr. Afonso Pimentel que foi inexcedível nas explicações e elementos facultados sobre a MGM e filosofia da Humanidade. Os Enfermeiros (as) João Araújo, Rosa Melo e Enfermeira Professora Nídia Salgueiro também representantes e rostos visíveis da Humanidade em Portugal. Guardarei, decerto, com muito carinho todos os telefonemas, conferências, intervenções e gentil solicitude com que me receberam.

Neste particular também aqui gostaria de dedicar uma nota especial à minha querida amiga Enfermeira Professora Nídia Salgueiro. Jamais esquecerei a sua irreverência, força, determinação. Com ela reaprendi olhar para o envelhecimento e alarguei os horizontes quanto à dependência, qualidade de vida e bem-estar. Feita de coisas, por vezes, bem simples, mas que teimam em chegar aos locais devidos. Oxalá que a vida me presenteie em poder continuar trilhar este caminho com tão valorosas pessoas. À Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente e Fundação – AFID na pessoa do Dr. Domingos Rosa que tanto deu e continua a dar para que as pessoas portadoras de deficiência e os idosos possam caminhar para uma real inclusão social. E, aqui chegados, cumpre-me partilhar uma dolorosa perda sentida pela AFID e toda a sua comunidade, concretamente, a Dra. Maria Lutegarda Justo que deixou um legado inextinguível na qualidade de Assessora e Diretora da Ação social da AFID. Partiu cedo demais...guardo na minha memória o quão feliz ficou com esta proposta de trabalho e, acima de tudo, o seu rigor, labor e excelência em tudo o que fazia. Ainda hoje, oiço a sua voz encantadora e ao mesmo tempo inebriante. É que a Dra. Maria Lutegarda Justo sabia do que falava e tinha o natural condão de juntar à palavra o coração. Pelo que esta dissertação pretende ser uma singela homenagem a um Ser Maravilhoso que nos deixa muita saudade, mas cujo legado importa prosseguir. Por último, e não menos relevante, uma vida sem família, amigos e afetos seria infinitamente pobre. Sou grata à minha mãe e irmão pelo exemplo diário que me dão e todo o apoio prestado. Neste último particular, trilhamos todos o melhor que sabemos e podemos os caminhos para uma real inclusão numa sociedade que ainda teima olhar para a deficiência de forma esguia e desconfiada. Aos meus amigos de sempre tais como, Carla Pita, Fátima Charrua, Vítor Bettencourt, Diane Vilela e novos que, entretanto, conquistei. Neste particular uma palavra de especial carinho à Joana Ferreira, Raquel Modesto Damião, Mariana Molianni e Maria João Carapêto que, tiveram a paciência de me aturar. E, finalmente, à minha colega e amiga Cláudia Caeiro sem a qual tudo ficaria bem mais difícil e que nunca me deixou desistir.

Em memória da Dra. Lutegarda Justo que, frequentemente, dizia:

“Contribuir para a felicidade dos outros, sobretudo dos que se encontram em situação limite, é uma obrigação.”

“Gostamos de colecionar histórias felizes.”

<https://www.afid.pt/wp-content/uploads/N.%C2%BA-20-2016.pdf>; [acedido em 14/05/2017; às 13:18].

MODO DE CITAÇÃO

- I.* Na elaboração deste trabalho fez-se uso do gestor de referências bibliográficas “*Endnote versão X 8*” que, por sua vez, foi programado para citar em conformidade com a NP 405 homologada pelo IPQ.
- II.* Nessa conformidade, o corpo do texto da dissertação contém o nome do (s) autor (es), a data e a página.
- III.* A bibliografia indicada a final segue a ordem alfabética e nela apenas constam as obras efetivamente citadas conforme, doravante, se refere.
- IV.* As obras são identificadas pelo nome do (s) autor (es) seguido do título integral sublinhado e entre aspas, volume ou tomo, local de publicação, editora e ano.
- V.* Os artigos constantes em publicações periódicas são identificadas pelo nome do (s) autor (es), seguido do título do artigo sublinhado e entre aspas, título do periódico em itálico, número e ano da publicação.
- VI.* As obras coletivas são identificados pelo nome do (s) autor (es), seguido do título do artigo sublinhado e entre aspas, local de publicação, editora, Coordenador (es), ano e o título da obra coletiva.
- VII.* Nas obras disponíveis na Internet é indicado o sítio seguido da data e hora de acesso.
- VIII.* As decisões dos Tribunais são citadas pelo número do processo, ano, designação das partes e indicação da coletânea ou sítio na Internet em que se encontram disponíveis. Neste último caso, foi indicado a data e hora de acesso.
- IX.* As transcrições dos textos são feitos na língua portuguesa sendo da responsabilidade da aluna todas as traduções realizadas.
- X.* O modo itálico e entre aspas permite uma melhor identificação das palavras estrangeiras ou fórmulas latinas.
- XI.* O trabalho contém abreviaturas, siglas e acrónimos pelo que se dispõe em tabela própria da respetiva indicação com a designação completa.

- XII. Foram, ainda, usadas tabelas pelo que, foi elaborado um índice de figuras com numeração e designação.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

Siglas.	Designação
=	Igual
>	Superior
Ac.	Acórdão
AEEASG	Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações
AFNOR	Association Française de Normalisation
AG	Advogado Geral
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
al.	alínea
am.	ampliada
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
art.º	artigo
arts.	artigos
ASSHUMEVIE	Associação Humanidade e Modo de Vida
at.	atualizada
BverG	Bundesverfassungsgericht
C	Convenção
C.	Case sinónimo de Processo
CAP	Comportamentos de Agitação Patológica
CC	Código Civil
CDESC	Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais
CDFUE	Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia
CEDH	Convenção Europeia dos Direitos do Homem
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
cit.	obra citada
CM	Conselho de Ministros
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSE	Carta Social Europeia
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem

EOE	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
EUJPND	European Union Joint Programme-Neurodegenerative Disease Research
ex.	exemplo
FDUNL	Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa
gddc	Gabinete de Documentação e Direito Comparado
IGM	Instituto Gineste Marescotti
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Instituto Público
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
L	Lei
LBS	Lei de Bases da Saúde
LTC	Long Term Care
MGM	Metodologia Gineste-Marescotti
MNE	Ministério dos Negócios Estrangeiros
n.º	número
n/	Nossa
NF	Norma Francesa
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
P.	Processo
PIDCP	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais
PNS	Plano Nacional de Saúde
R	Recomendação
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
rev.	revista
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SGNU	Secretário-geral das Nações Unidas
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TEDH	Tribunal Europeu dos Direitos do Homem
TFUE	Tratado do Funcionamento da União Europeia
TJ	Tribunal de Justiça da União Europeia
TUE	Tratado da União Europeia
UE	União Europeia
v.	Versus
WHO	World Health Organization

RESUMO

Este trabalho pretendeu analisar como é que a MGM assente na filosofia da Humanidade poderia contribuir para a regulação da saúde e humanizar os respetivos cuidados. Devido à amplitude da temática foi cingido o objeto a uma determinada população alvo e a um certo modelo organizacional de serviços sociais e de saúde. O aumento da esperança média de vida aliada ao crescimento do índice do envelhecimento e quebra da taxa de natalidade introduziram alterações demográficas significativas. O inegável envelhecimento social evidencia os idosos como um importante grupo social. No campo da saúde são-lhes identificadas situações de pluripatologias e doenças neurodegenerativas conducentes, por sua vez, a situações de dependência. O Estado é assim colocado perante o desafio de afetar os escassos recursos face à infinidade das necessidades sentidas. Por sua vez, os idosos em situação de dependência merecem um tratamento humanizado e digno. O respeito pela sua autonomia e autodeterminação, mesmo em situações de elevada severidade, constitui a “*quinta-essência*” na relação de cuidados para evitar indesejáveis tratamentos infantilizados e de ostracização social. Por sua vez, o Estado, na qualidade de garante dos seus direitos e de uma vida com bem-estar e qualidade prossegue um inegável interesse público. Neste contexto, a intervenção de diferentes intervenientes com vista a este fim é, na atualidade, o resultado da mudança de paradigma do Estado prestador para um Estado regulador. A “orquestração” de todos os intervenientes e o garantir da qualidade e segurança dos serviços prestados constitui uma face da “complexa” atividade de regulação estadual. Por a MGM ter operacionalizado técnicas na delicada arte de prestar cuidados aos idosos em situações de dependência e a RNCCI constituir uma resposta social e de saúde para todas as situações de dependência, julgou-se adequado estabelecer a interligação entre os idosos, a MGM e aquele diploma legal. A apreciação desta realidade foi feita à luz dos relevantes “*outcomes*” políticos e textos legislativos. Eles são um importante guia referencial para evidenciar a sociedade civil como um importante “*stakeholder*”; a interpretação dos princípios e direitos das pessoas dependentes

constantes do diploma que rege a RNCCI e a respetiva mais-valia da MGM para a humanização dos cuidados.

Palavras-chave: Humanidade; MGM, humanização, regulação da saúde, RNCCI e idosos.

ABSTRACT

This essay aims at analysing how the Methodology of Gineste Marescotti (MGM) supported by the Humanidade philosophy could help both regulate and humanize the health care system. It is crucial to set up boundaries to the subject and relate it to a certain population and a concrete organizational model of social and health services. The rise in life expectancy tied with the increase of the aging index and the failing birth rate has introduced considerable demographic changes. These developments prompt the elderly to be a particularly important social group. Regardless, amongst the multitude of diseases that may occur, the most common are neurodegenerative ones, which lead to dependency. The State must therefore manage the scarce resources to best meet the needs of the elderly, who are entitled to humanized and dignified care. Their right to autonomy and self-determination has to be granted, even in severe situations, in order to avoid infantilized treatment and social ostracization. In that sense, the State plays a vital role in the safeguard of their rights, which allows them to have future well-being and a satisfactory quality of life. This means that other actors, who also help perform the public duty of taking good and safe care of the elderly, must therefore abide by the complex yet necessary State regulation, whose fundamental role has shifted from being a caregiver to become a regulator. Thus, taking into account that the MGM has developed several techniques in the improvement of care standards of dependent elderly, and also that the national network of Long Term Care (LTC) constitutes a viable answer for all problems related to dependency, a connection between the MGM, LTC and the elderly is put forward. Our approach has considered the main political and legal outcomes, seeing that they enhance the role of the Civil Society

as an important stakeholder in the identification of the needs of the elderly, as well as in lobbying public policy and raising awareness; the legal interpretation of the principles and rights of the LTC evidences the value of the MGM for a more humanized humanizing care.

Key words: Elderly, Health regulation, Humanitude; Humanization; MGM; Long Term Care.

Índice de Figuras

Quadro 1: População mundial com idade = e > a 65 anos: 2015,2030 e 2050.....	8
Quadro 2: População mundial agrupada em função do grupo etário: 2015 a 2050	8
Quadro 3: Correlação entre população mundial jovem e dos idosos expresso em porcentagem.....	9
Quadro 4: População mundial com idade = e > a 65 anos de idade distribuída por regiões : 2015; 2030 e 2050.....	9
Quadro 5: População europeia com idade = e > a 50 anos sem filhos	10
Quadro 6: Pirâmide demográfica Eurostat referente à população europeia 2015 a 2080	10
Quadro 7: Pordata grandes grupos etários	12
Quadro 8: <i>Pordata esperança de vida à nascença por sexo em Portugal</i>	12
Quadro 9: Pordata taxa bruta de natalidade	12
Quadro 10: Pirâmides etárias, Portugal, INE	13
Quadro 11- Documentos relevantes para os Direitos dos idosos na ONU	28
Quadro 12- Recomendações do Conselho da Europa referentes aos direitos dos idosos	37

Índice

<i>DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ANTI – PLÁGIO</i>	I
<i>DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DOS CARACTERES</i>	II
<i>AGRADECIMENTOS</i>	III
<i>MODO DE CITAÇÃO</i>	V
<i>LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS</i>	VII
<i>RESUMO</i>	X
<i>INTRODUÇÃO</i>	1
1. Da relevância social do envelhecimento	6
1.1 A realidade social do envelhecimento no contexto internacional, europeu e português	6
<i>1.1.1 Do contexto mundial e europeu</i>	7
<i>1.1.2 O contexto português</i>	11
1.2 Principais conclusões a retirar dos dados estatísticos	15
<i>1.2.1 Desafios do Estado Social no financiamento do sistema</i>	15
<i>1.2.1 Desafios para os Cuidadores nos cuidados a prestar e a não ostracização dos Idosos</i>	18
2. Regras jurídicas com relevância para os idosos	21
2.1 O direito internacional e os idosos	21
<i>2.1.1 A DUDH</i>	21
<i>2.1.2 O PIDCP</i>	22
<i>2.1.3 O PIDESC</i>	23
<i>2.1.4 A “soft law” com relevância para os direitos dos idosos na ONU</i>	26
2.2 O tratamento dos direitos dos idosos no Conselho da Europa	33
<i>2.2.1 A Convenção Europeia dos Direitos do Homem</i>	33
<i>2.2.2 A CSE revista</i>	34
2.3 O tratamento dos direitos dos idosos na União Europeia	39
<i>2.3.1 A Carta Europeia dos direitos sociais dos trabalhadores de 1989</i>	39
<i>2.3.2 A Carta dos Direitos Fundamentais da UE</i>	40
<i>2.3.3 Outros documentos com relevância para os direitos dos idosos na UE</i>	42
2.4 O tratamento dos direitos dos idosos em Portugal	45
<i>2.4.1 A Constituição da República Portuguesa</i>	45
<i>2.4.2 Outros documentos com relevância para os direitos dos idosos em Portugal</i> ..	47
3.1 A Humanidade, a MGM e a Enfermagem	50
3.2 Origem, conceito e pensamento da Humanidade	56
3.3 Os pilares da Humanidade inerentes à MGM	60

3.4 Da “leges artis” subjacentes à metodologia de cuidados Gineste Marescotti	61
4. A sociedade civil e o caso concreto do Instituto Gineste Marescotti.....	65
4.1 A sociedade civil como “stakeholder” para os direitos dos idosos.....	65
4.2 A teia complexa de atores na regulação da saúde.	67
5. Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	76
5.1 Enquadramento, caracterização genérica e destinatários da Rede	76
5.2 Princípios e Direitos da Rede	79
5.3 Contributo da Humanidade para a RNCCI.....	84
6. Conclusões.....	85
ANEXOS.....	XVI
A) SÍTIOS DA INTERNET	XVI
B) DOCUMENTOS DA ONU	XVII
C) DOCUMENTOS DO CONSELHO DA EUROPA.....	XVII
D) DOCUMENTOS DA UE	XVII
E) JURISPRUDÊNCIA DO TEDH.....	XVIII
F) JURISPRUDÊNCIA DO TJ	XVIII
BIBLIOGRAFIA	XIX

INTRODUÇÃO

I. O envelhecimento social e o aumento da esperança média de vida são uma realidade incontornável nos dias de hoje. Por força deste contexto e conforme Mariana Ferreira de Almeida (2009, p. 1) “têm-se acentuado a premência das questões de saúde e bem-estar nas idades mais avançadas, tanto do ponto de vista individual como coletivo.” Os idosos constituem, assim, uma população alvo com necessidades específicas, principalmente, no campo social e da saúde. Com o envelhecimento foram identificados, pelos competentes dados estatísticos, o isolamento social, situações de pluripatologias, doenças crónicas e neurodegenerativas. Todavia, aquelas que ocupam um lugar de destaque são o quadro das demências nos idosos colocando-os em situação de extrema dependência.

A família é desafiada a responder em primeira linha na qualidade de cuidadores informais. No entanto, muitas das vezes em virtude da dificuldade da conciliação entre a vida privada e profissional não consegue ou não sabe cuidar, devidamente, do idoso. Ou, devido ao fenómeno da globalização e inerente mobilidade laboral está distante do seu idoso por este, querer continuar a permanecer no seu “*habitat natural*”. E, por último, quem cuida de uma pessoa com dependência severa vive momentos difíceis. Sofre do natural desgaste e isolamento social por ser um “*full time job*” que, mais das vezes, não é devidamente valorado pela sociedade. São os rostos anónimos que, por estarem demasiadamente ocupados com o seu idoso não têm tempo para pensar em si e, por vezes, garantir o seu salutar equilíbrio. Muitas das vezes não dispõem dos apoios necessários ou desconhecem, face à teia complexa de intervenientes, a quem recorrer. E, também não podem ser descurados aqueles idosos que não têm família ou uma rede de suporte alternativa.

Por sua vez, também os cuidadores formais ou seja, aqueles que são detentores de conhecimentos técnicos na arte de cuidar vivem momentos difíceis. Com efeito, foi identificada uma lacuna por Patrice Anderberg, Margrett Lepp e

Anna Lenna (2007, p. 635) com relação a saber quais os tipos de cuidados condignos a serem prestados aos idosos. E, por sua vez, as práticas desumanizadas nos cuidados expressas em tarefas rotinadas levam ao desgaste emocional do cuidador formal o que, por sua vez, tem uma repercussão nefasta no cuidador e idoso.

Face ao exposto, resulta um importante interesse público a prosseguir pelo Estado que é garantir o bem-estar e qualidade de vida aos idosos. Todavia, é consabida a exiguidade dos recursos face à infinidade de necessidades sentidas o que se repercute nas competentes políticas públicas da saúde. Mais do que nunca a sociedade civil e a “economia social” são convidadas a participar na resolução deste complexo dilema.

II. Esta dissertação tem assim como objeto aferir em que medida a Humanidade pode prestar um contributo válido para a regulação da humanização da saúde na RNCCI. Dito de outro modo, em que medida é que entes privados com metodologias por si desenvolvidas podem, pela transmissão dos saberes ajudar a criar, desenvolver e implementar “práticas, processos, procedimentos,” que ajudem, “*in casu*”, os enfermeiros, no seu quotidiano, a lidar com uma determinada população-alvo com dependência e, eventualmente, influenciar as competentes políticas públicas. Em virtude da RNCCI¹ surgir como uma resposta de “apoio de pessoas em situações de dependência” e a Humanidade colocar o seu enfoque nos idosos com patologias neurodegenerativas prestando-lhe cuidados de saúde em conformidade com a MGM encontrou-se, através da dependência, o necessário elo de ligação entre a RNCCI e a Humanidade.

¹ A RNCCI foi criada pelo DL n.º 101/2006, de 6 de junho e publicado no DR n.º 109/2006, Série I-A naquele ano e data. Por sua vez, foi alterado pelo DL n.º 136/2015, de 28 de julho e publicado no DR n.º 145/2015, Série I naquele ano e data que, doravante, designamos por DL n.º 101/2006, de 6 de junho conforme <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69879425/details/maximized> [acedido em 28/03/2017; 12h17].

A lacuna evidenciada com relação aos tipos de cuidados condignos a serem prestados aos idosos e as necessidades específicas resultantes dos quadros das demências demonstram a atualidade e pertinência do problema.

III. A dissertação divide-se em seis capítulos. No primeiro capítulo demonstrar-se-ão os relevantes dados estatísticos que sustentam o envelhecimento populacional, alterações demográficas e a relevância das doenças neurodegenerativas. Eles permitem identificar as necessidades nos cuidados e os novos desafios com que o Estado e a sociedade civil se irão deparar no campo social e da saúde. O seu decálogo permite não só perceber qual, o papel dos cuidadores formais bem como, da importância e necessidade de cuidados ajustados e condignos para esta população alvo. Já para o Estado suscitam-se questões delicadas em matéria de sustentabilidade financeira neste campo. Apesar, deste não ser o principal enfoque da dissertação, pela sua importância, ter-se-lhe á fazer sumária alusão. Com efeito, sem a afetação dos necessários recursos pelo Estado é impossível garantir cuidados condignos com bem-estar e qualidade de vida aos idosos.

No segundo capítulo faz-se uma incursão nos documentos jurídicos e de “*soft law*” internacionais, da UE e nacionais com pertinência em matéria de cuidados a serem prestados aos idosos. Com efeito, a Humanidade e a MGM têm de cumprir com os preceitos legais aplicáveis pelo que é importante verificar o que neles se dispõe. Por sua vez, a apreciação daqueles elementos permitem também uma melhor interpretação do arquétipo nacional.

No terceiro capítulo e, por a atividade de enfermagem colocar o seu acento tónico na relação de cuidados entre a pessoa e o enfermeiro, aferir-se-ão dos pertinentes preceitos constantes no código deontológico ou seja, no EOE. Cumpre esclarecer que a Humanidade e a MGM são transversais a todos os cuidados pelo que, podem ter como destinatários vários cuidadores. No entanto, por a mesma, à luz do que sucede com a enfermagem, colocar também na sua centralidade a relação entre a pessoa e o cuidador existe uma estreita interligação entre a

Humanidade e a atividade de enfermagem. Pareceu-nos assim ajustado, para efeitos de delimitação do objeto desta dissertação, decidir cingir a figura do cuidador formal ao do enfermeiro. O tratamento prévio desta matéria permite clarificar melhor o conceito, pensamento e “*leges artis*” da Humanidade e MGM que também, neste capítulo, são abordados.

No quarto capítulo evidencia-se a importância da sociedade civil como um importante “*stakeholder*”. Por sua vez, a qualidade e bem-estar dos idosos nos cuidados carece de regulação e supervisão. É consabida a cada vez maior importância dada às normas técnicas da qualidade, principalmente, as da família ISO na área da saúde. Por sua vez, a certificação de instituições prestadoras de cuidados ao abrigo das normas por entidades acreditadas são sinónimo da conformidade dos processos e garantia de uma maior qualidade. Também a Humanidade e MGM pugnam pela qualidade dos serviços prestados e a constante implementação da melhoria contínua daqueles. Com vista a esta finalidade foi criada pela ASSHUMEVIE um referencial no manifesto intuito de mensurar e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, a ASSHUMEVIE certifica as unidades Humanidade ao abrigo do referencial por si concebido. Temos, assim, um procedimento similar para com as normas técnicas cuja natureza jurídica é consabida ser controvertida. Julga-se por isso relevante, pelo menos, identificar o fenómeno da normação privada e o pluralismo jurídico. Dito por outras palavras, se existem outras fontes de direito para além das estaduais suscetíveis de “originarem” direito.

No quinto capítulo são abordados os destinatários, características, princípios e direitos da RNCCI. É importante conhecê-la para assim aferir em que medida a Humanidade e a MGM podem ajudar a operacionalizar conceitos vagos e indeterminados como os referidos no art.º 6º do D/L n.º 101/2006, de 6 de junho: “prestação individualizada e humanizada dos cuidados”, “autonomia”; “participação das pessoas com dependência” e “eficiência e qualidade na prestação dos cuidados”.

No sexto e último capítulo far-se-ão conclusões reflexivas sobre todo o versado neste trabalho e que pretendem responder à questão colocada nesta investigação.

IV. A metodologia utilizada consistiu num primeiro momento, por literatura vária, inteirarmo-nos sobre a Humanidade e a MGM. Já num segundo momento foram recolhidos dados normativos, doutrina e jurisprudência para melhor enquadramento da Humanidade e humanização dos cuidados de saúde na RNCCI. Não foi isenta de dificuldades trazer para o campo do direito o estudo da Humanidade e a MGM.

1. Da relevância social do envelhecimento

Conforme literatura “*vária*” e pertinentes dados estatísticos, o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento populacional e as alterações demográficas daí decorrentes são uma realidade incontornável. Por sua vez, o envelhecimento, principalmente, nas idades mais avançadas trás consigo doenças geradoras de dependência. Decerto que, as situações de dependência não são exclusivas dos idosos, todavia, verificam-se com especial enfoque neste grupo social. E, com necessidades que lhe são características e específicas em matéria de cuidados a serem prestados.

Importa por isso evidenciar, de seguida, dois importantes núcleos de matérias. Por um lado, os dados demográficos demonstrativos do envelhecimento social e por outro lado, quais as patologias mais frequentes neste grupo social. Elas permitem identificar os tipos de situações de dependência a que a RNCCI terá de dar resposta adequada.

1.1 A realidade social do envelhecimento no contexto internacional, europeu e português

Se existe questão com contornos éticos e de elevada delicadeza é justamente a de saber qual população alvo abrangida pelos idosos. Dito por outras palavras, a partir de que idade se é idoso? A título meramente exemplificativo e conforme descreve António M. Fonseca (2006, Ano 17, pp. 105,106, 114 e 115) é possível encontrar para além da idade cronológica outras categorias de idades, tais como, a idade biológica; a idade psicológica e a idade sócio cultural. Por sua vez, também é muito difícil delimitar o que se entende por velhice e estabelecer ou sequer, criar tipos ou classificações da velhice. Esta mesma dificuldade repercute-se, naturalmente, nos textos jurídicos.

Para além da heterogeneidade do conceito de idoso inexistiu unanimidade quanto ao critério da idade. Assim, para Sinding Aasen (2012, p. 275) “a terminologia utilizada para descrever pessoas mais velhas altera consideravelmente mesmo em instrumentos internacionais e documentos (“idoso”, “sénior”, “pessoas idosas”, “envelhecimento”, “idosos”, etc.). Alguns autores acrescentam, ainda, que a própria idade a partir da qual se é idoso é distinta. Assim uma definição óbvia de pessoa mais velha é aquela, a partir da qual, se auferem a reforma por velhice ou determinados benefícios resultantes da condição sénior o que, varia nos diferentes países e também conforme o género. Na União Europeia (UE) são considerados idosos os que têm uma idade igual ou superior a 65 anos. Já para o departamento estatístico e documental da Organização das Nações Unidas (ONU) são abrangidos os que têm uma idade igual ou superior a 60 anos”.

Não iremos, naturalmente, tomar posição sobre uma questão tão delicada e controvertida. Todavia estamos a enuncia-la, porquanto, nos dados estatísticos ter sido, maioritariamente, considerada a idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, tal não é sinónimo que pontualmente outras idades não tivessem sido observadas por terem impacto nas consequências do envelhecimento social. Cumpre, antecipadamente e a este respeito, destacar um fenómeno europeu. Os casais sem filhos e com idades iguais ou superiores a 50 anos de idade.

O envelhecimento social, como assertivamente colocado por João César das Neves (2000, p. 37) pode, efetivamente, ser reconduzida a três importantes realidades. Nunca se chegou a uma idade tão avançada como nos dias de hoje. O empenhamento social e político na atualidade é expressivo e, por essa decorrência, os recursos envolvidos no tratamento dos idosos é de considerável dimensão e com tendência evolutiva.

1.1.1 Do contexto mundial e europeu

Conforme quadros infra, existirá um aumento considerável da população mundial com idade igual ou superior a 65 anos. Com efeito, e de acordo com os

dados facultados pelo censo norte-americano verifica-se que, no ano de 2015, existiam 617,1 milhões de pessoas com idade igual e superior a 65 anos e cuja estimativa para o ano de 2050 é de 1.568,8 milhões (*quadro 1*).

World Total Population and Population Aged 65 and Over by Sex: 2015, 2030, and 2050

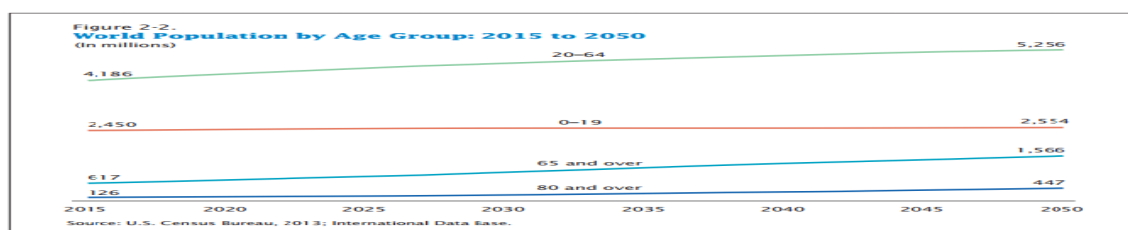
(Numbers in millions)

Year	Total population			Population aged 65 and over			Percentage aged 65 and over		
	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female
2015.....	7,253.3	3,652.0	3,601.3	617.1	274.9	342.2	8.5	7.5	9.5
2030.....	8,315.8	4,176.7	4,139.1	998.7	445.2	553.4	12.0	10.7	13.4
2050.....	9,376.4	4,681.7	4,694.7	1,565.8	698.5	867.3	16.7	14.9	18.5

Source: U.S. Census Bureau, 2013; International Data Base.

Quadro 1: População mundial com idade = e > a 65 anos: 2015, 2030 e 2050²

Por sua vez, há que realçar outra tendência expressiva. Em textos da especificidade apresenta-se uma distinção entre os idosos e os muito idosos. No primeiro grupo são abrangidas as pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos e no segundo, as que têm idade igual e superior a 80 anos. Por sua vez, verifica-se uma tendência evolutiva crescente nos dois grupos etários. Assim, em 2015, no primeiro grupo etário (de 65 a 79 anos) existiam 617 milhões de pessoas prevendo-se, por sua vez, para 2050 um aumento de 1.566 milhões. Já quanto ao segundo grupo (igual e superior a 80 anos) em 2015 existiam 126 milhões de indivíduos prevendo-se para o ano de 2050, um aumento na ordem dos 447 milhões (*quadro 2*).

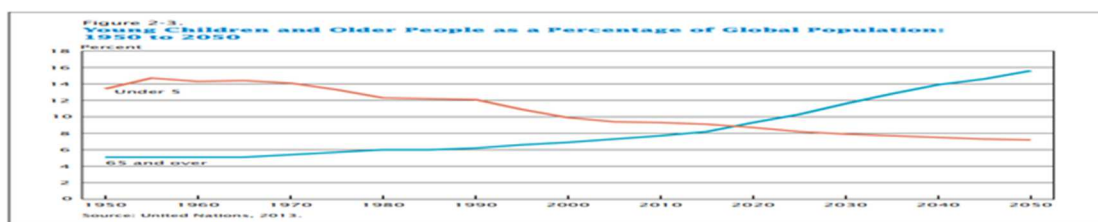


Quadro 2: População mundial agrupada em função do grupo etário: 2015 a 2050³

² Ver, HE Wan, GOODKIND Daniel, KOWAL Paul - "An Aging World : 2015". Washington DC: U.S. Government Publishing Office, 2016. Disponível em WWW: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf> p. 3.

³ Idem, p.5.

I. A verificação das taxas percentuais referentes aos grupos etários dos idosos e dos jovens (com idade inferior a cinco anos) permitem retirar outras importantes conclusões. Enquanto a estimativa da taxa populacional dos idosos aponta para que, em 2050 constituam 16% da população mundial. Já a taxa dos mais jovens, apresenta, para 2050, um decréscimo para 7%. A partir de 2019 estima-se que a população mundial jovem seja inferior ao idoso o que representa um desafio para o Estado social (*quadro 3*).



Quadro 3: Correlação entre população mundial jovem e dos idosos expresso em percentagem⁴

II. No quadro europeu também se verifica uma tendência para o aumento populacional dos idosos (65 anos e mais). Com efeito, no ano de 2015 existiam 129,60 milhões de indivíduos e para 2050 são estimados 169,1 milhões (*quadro 4*).

Table 2-2.
Population Aged 65 and Over by Region: 2015, 2030, and 2050

Region	Population (in millions)			Percentage of regional total population		
	2015	2030	2050	2015	2030	2050
Africa	40.6	70.3	150.5	3.5	4.4	6.7
Asia	341.4	587.3	975.3	7.9	12.1	18.8
Europe	129.6	169.1	196.8	17.4	22.8	27.8
Latin America and the Caribbean	47.0	82.5	139.2	7.6	11.8	18.6
Northern America	53.9	82.4	94.6	15.1	20.7	21.4
Oceania	4.6	7.0	9.5	12.5	16.2	19.5

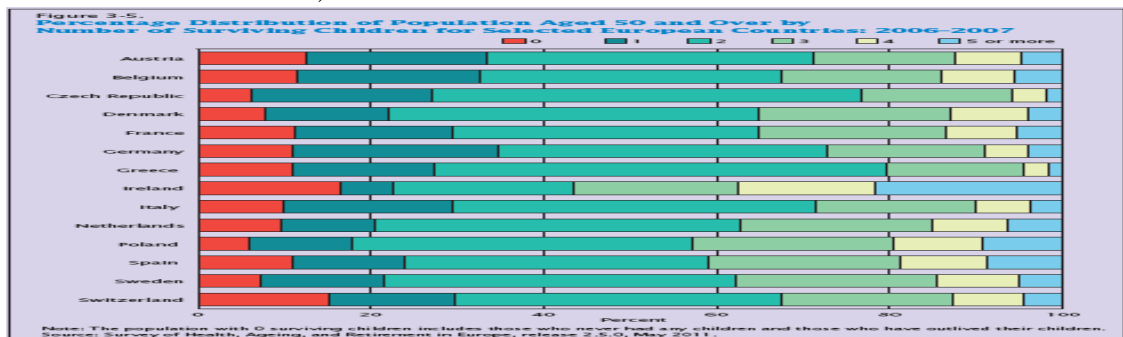
Source: U.S. Census Bureau, 2013; International Data Base.

Quadro 4: População mundial com idade = e > a 65 anos de idade distribuída por regiões : 2015; 2030 e 2050⁵

⁴ Ibidem, p. 5.

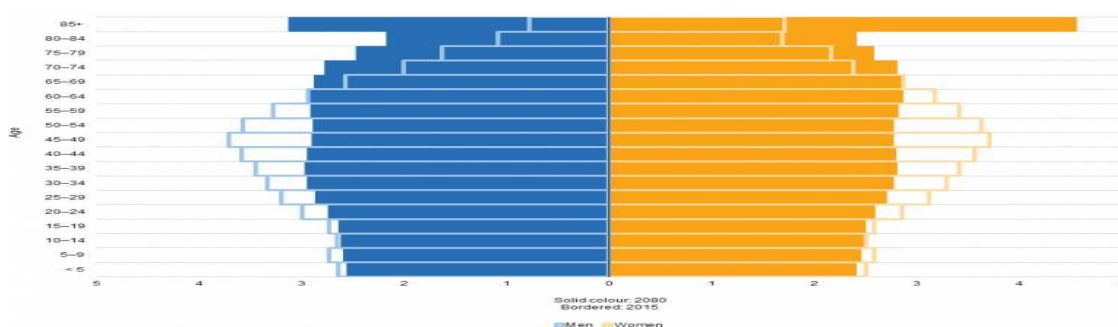
⁵ Ibidem, p. 6.

A Europa será o terceiro Continente com a população mais idosa e deparar-se-á no futuro com um relevante problema social. O apreciável número de pessoas com idade igual e superior a 50 anos que não têm filhos (*quadro 5: barra assinalada a encarnado*).



Quadro 5: População europeia com idade = e > a 50 anos sem filhos ⁶

Segundo o relatório de Wan He, Daniel Goodking e Paul Kowal (2016, p. 15) “ por norma os filhos constituem o suporte dos idosos, principalmente, naqueles casos, em que apenas um dos pais é sobrevivente. No entanto, não só as pessoas tiveram uma longevidade maior aos dos filhos ou decidiram não tê-los o que faz aumentar o número de idosos sem filhos. Assim suscitam-se novos desafios: Quem é que lhes presta os cuidados? Em que redes de apoio podem confiar? E qual o papel do Estado neste âmbito?” Por sua vez, de acordo com o Eurostat o grupo dos muito idosos, (com idades superiores a 85 anos) em 2080, será significativo conforme o demonstram as barras de cor amarela (para o género feminino) e azul (para o género masculino) (*quadro 6*).



Quadro 6: Pirâmide demográfica Eurostat referente à população europeia 2015 a 2080⁷

⁶ Ibidem p. 20.

⁷ Ver, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_pyramids_EU-28_2015_and_2080_\(%C2%B9\)_\(%25_of_the_total_population\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_pyramids_EU-28_2015_and_2080_(%C2%B9)_(%25_of_the_total_population)_YB16.png), [acedido em 29/03/2017 ; 16h18].

I. No quadro das demências a tendência é para um aumento significativo. Com efeito, a OMS (2012, p. 32) refere: “que, a nível mundial em 2010, 35,6 milhões de pessoas viviam com demência sendo que se registaram, anualmente, 7,7 milhões casos novos. No presente momento, 58% dos casos encontram-se nos países com baixos e médios rendimentos e prevê-se que venham a aumentar, proporcionalmente, para 71% até 2050. Nos países com rendimentos mais elevados o quadro irá ter contornos mais gravosos, principalmente, no grupo dos mais idosos.

Na UE estima-se que “6,4 milhões de pessoas sofram desta patologia. Em 2050, o número de pessoas na Europa com mais de 65 anos será três vezes superior ao de 2003 e cinco vezes superior para as pessoas com mais de 80 anos, alargando o leque de pessoas em risco de demência.”⁸ As instâncias europeias não ficaram indiferentes a esta realidade pelo que, a Comissão da UE aprovou, “em 1997 e 1998 uma linha de financiamento para serem implementadas medidas junto às pessoas que sofram de demência e de Alzheimer por forma a abranger, também, os cuidadores informais.”⁹

1.1.2 O contexto português

I. A realidade portuguesa não é muito diferente da mundial e europeia. A população idosa cresceu: em 2001 era de 1 693 493 e no ano de 2011 atingiu os 2 010 064 (*quadro 7*).

⁸ Ver, http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-15-543-nova-declaracao-escrita-do-parlamento-europeu-sobre-a-doenca-de-alzheimer, [acedido em 29/03/2017 ; 17h06].

⁹ Ver, http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/dementia_en#fragment2;[acedido em 29/03/2017;17h15].

Anos	Grandes grupos etários			
	Indivíduo			
	Total	0-14	15-64	65+
1960	8 889 392	2 591 955	5 588 868	708 569
1970	8 611 125	2 451 850	5 326 515	832 760
1981	9 833 014	2 508 673	6 198 883	1 125 458
1991	9 867 147	1 972 403	6 552 000	1 342 744
2001	10 356 117	1 656 602	7 006 022	1 693 493
2011	10 562 178	1 572 329	6 979 785	2 010 064

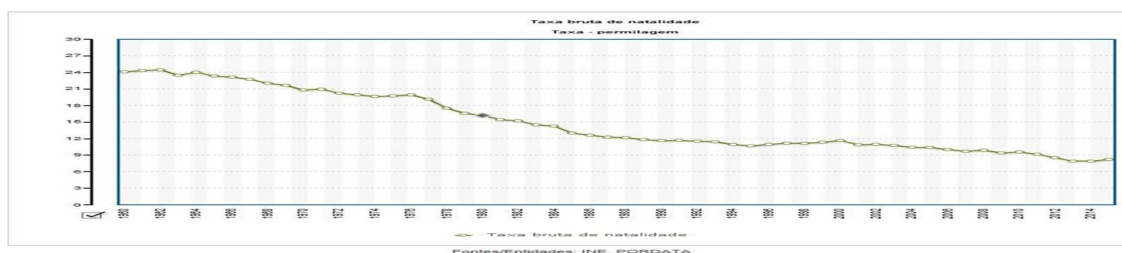
Quadro 7: Pordata grandes grupos etários ¹⁰

II. Também o índice de envelhecimento aumentou consideravelmente. Em 2015 encontrava-se nos 143,9 %¹¹, tendo sido acompanhado por uma tendência evolutiva positiva na esperança de vida (*quadro 8*).



Quadro 8: Pordata esperança de vida à nascença por sexo em Portugal ¹²

A taxa de bruta de natalidade decresceu consideravelmente (*quadro 9*).



Quadro 9: Pordata taxa bruta de natalidade ¹

¹⁰Ver, <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [acedido em 29/03/2017;17h20].

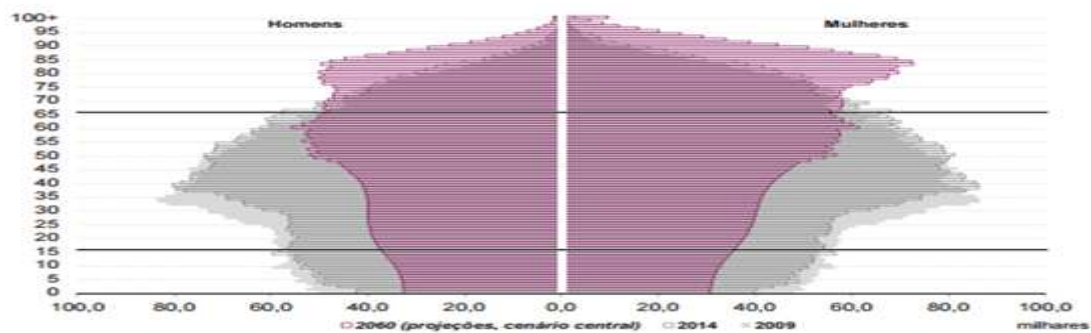
¹¹ Idem.

¹² Ibidem.

Considerando que o total da população em 2011 era, como referido, de 10 562 178 conclui-se que os idosos, naquele ano, correspondiam a 19% da população portuguesa.

III. No que respeita à pirâmide etária portuguesa refere o (INE, 2015, p. 31) “O envelhecimento demográfico reflete-se também no perfil das pirâmides: estreitamento da base da pirâmide etária – que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade –; alargamento do topo da pirâmide – que corresponde ao acréscimo no número de pessoas idosas, devido ao aumento da longevidade, tendências transversais a todas as regiões. Entre 2009 e 2014 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 119 para 141 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 43 anos. Estes valores podem aumentar para 307 idosos por cada 100 jovens e para 51 anos até 2060, de acordo com os resultados obtidos no cenário central do exercício mais recente de projeções de população residente.” (*quadro 10*)

Pirâmides etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções, cenário central)



Quadro 10: Pirâmides etárias, Portugal, INE ¹³

¹³ Ibidem.

IV. Como refere Mário Simões (2013, pp. 21-22) “estimativas realizadas em março de 2004 no nosso País (Portugal), levaram a concluir que existiriam: 163.000 idosos com pluripatologia e dependência; entre 160.000 a 250.000 idosos com demência; mais de 160.000 doentes terminais (Portal da Saúde, 2006).” E, ainda, segundo a coordenadora da consulta de demência do serviço de neurologia dos HUC, Isabel Santana, estima-se, por inexistirem dados epidemiológicos diretos em Portugal, que existirão aproximadamente 135.000 idosos com demência sendo que, 67.000 a 90.000 com doença de Alzheimer.¹⁴

Importa por isso, ainda que muito embrionariamente, perceber em que é que consistem as doenças neurodegenerativas. E socorrendo-nos para esse efeito do que se dispõe no “*EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research (JPND)*”: “as doenças neurodegenerativas são condições debilitantes e incuráveis, que resultam na degeneração progressiva e/ou na morte das células nervosas. Esta degradação causa problemas com o movimento, as ataxias, ou com o funcionamento cerebral, originando a demência.”¹⁵

Expressivo, nesse sentido, é também o que refere a OMS (2012, p. 2) : “A demência é um síndrome de natureza crónica ou progressiva e que tem a sua origem numa variedade de doenças cerebrais que afeta a memória, pensamento, comportamento e a capacidade de desempenhar as atividades diárias. Apesar da demência afetar, principalmente, os idosos ela não faz parte do processo natural de envelhecimento.”

Como diz Yves Gineste e Jérôme Pelissier (2007, p. 13) : “eis chegado o tempo de novas doenças ou de doenças antigas tornadas mais visíveis e, sobretudo, aquelas ditas neurodegenerativas que abatem o homem velho e o matam lentamente”.

¹⁴ Ver, Alzheimerportugal.org/pt/news_text-78-11-121-5-da-populacao-acima-dos-65-anos-sofre-de-demencia ; [acedido em 29/03/2017 ; 18h21].

¹⁵ Ver, http://www.scml.pt/pt-PT/areas_de_investigacao/doencas_neurodegenerativas/informacao_geral; [acedido em 28/03/2017; 16h29].

V. A Humanidade decidiu abraçar os idosos com dificuldades em expressarem as suas necessidades, desejos, intenções, medos, justos receios, ou seja, a sua real condição. Não é assim difícil perceber a dependência em que se encontram e o quão desafiante são para todos os envolvidos nos cuidados a prestar.

Deve-se a Yves Gineste e Rosette Marescotti, dois professores de educação física franceses, a criação da MGM e assente na filosofia da Humanidade que visa proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida aos idosos. Com a criação da MGM responderam a uma importante lacuna identificada com relação aos tipos de cuidados condignos a prestar aos idosos com dependência.

1.2 Principais conclusões a retirar dos dados estatísticos

1.2.1 Desafios do Estado Social no financiamento do sistema

I. Os dados estatísticos demonstram: a) o envelhecimento populacional com dois grupos de idosos – os idosos e muitos idosos -; b) o aumento da esperança média de vida; c) uma acentuada quebra da taxa de natalidade. Já no campo da saúde evidenciam-se situações de pluripatologia, especialmente as doenças crónicas e de invalidez bem como, as demências. Todo este quadro de doenças determina a dependência do idoso. Apesar, do aumento médio da esperança de vida e o envelhecimento ser uma importante conquista da sociedade moderna é facto que, ela suscita delicados desafios para a sociedade civil e o Estado.

II. No que respeita ao Estado social coloca-se a questão da afetação de recursos, financiamento e políticas públicas de envelhecimento. É consabido conforme Pedro Pita Barros (2013, p. 13) “ que a economia é o estudo da afetação de recursos escassos suscetíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas.” Perante esta realidade os diferentes agentes intervenientes vêm-se

compelidos em fazer escolhas para poderem responder às necessidades populacionais. O que nos conduz a algumas questões de difícil resolução, concretamente saber qual o papel do Estado e a sua quota-parte de assunção na responsabilização social.

Estas perguntas são recorrentes e, naturalmente, influenciam as competentes políticas públicas e os próprios cuidados a prestar. Veja-se, a título de exemplo, o que refere Peter Udsching (2007, pp. 77-78) quando na Alemanha se discutiu e concretizou a introdução de um novo seguro social de assistência vocacionado, em primeiro lugar, para os idosos designado por “*Pflegeversicherung*”. Nessa altura, existiam duas correntes doutrinárias. Uma defendia que os riscos resultantes da dependência deveriam correr por conta da própria pessoa, o que possibilitaria evitar os agravamentos nos custos secundários da prestação laboral e erário público. Assim, deveriam ser as poupanças dos idosos a responder em primeiro lugar e, no caso de insuficiência, a obrigação de alimentos devidas pelos familiares. Já a outra corrente entendia serem insuficientes as poupanças acumuladas perante situações de dependência. Cientes das alterações ocorridas na estrutura familiar (com menos ou nenhum filho) e demográficas não restaria outra alternativa ao Estado senão intervir neste campo.

Naquela altura, e ainda conforme Peter Udsching (2007, pp. 83-84) a Alemanha já estava ciente de um outro problema com real dimensão e que também foi considerado aquando daquela discussão. Concretamente, a então considerada excessiva oneração da geração intermédia também conhecida pela “*geração sandwich*”. Aquela geração que, por um lado, tem de sustentar os filhos até idade mais avançada em virtude da crise sentida no mercado laboral e por outro lado, os seus próprios pais idosos e, cada vez mais dependentes, por decorrência do aumento da esperança média de vida.

Relevante, neste contexto, é assim a decisão proferida em 7 de junho de 2005, pelo “*Bundesverfassungsgericht*” (BVerfG) e nela consta, no caso de

insuficiência económica para sustentar os seus filhos e os pais, a obrigação de alimentos devida aos filhos deve ter primazia sobre a dos pais¹⁶

III. No que a nós nos tange entendemos que o Estado e a sociedade civil são importantes “*players*” para a resolução de problemas com tão elevada delicadeza. Efetivamente, o Estado tem de proporcionar aos idosos uma vida condigna com qualidade de vida e bem-estar. Como se verá no segundo capítulo e, no que respeita a Portugal, o art. 72.º da CRP assim o determina. É inegável o dever da prossecução do interesse público do Estado nesta matéria. Todavia, não podem também ser desconsiderados as preocupações inerentes à sustentabilidade financeira do próprio sistema. Mais do que nunca é exigido como bem refere Rui Nunes (2014, p. 12): um elevado rigor na afetação dos exíguos recursos disponíveis. Urge combater o desperdício e obter ganhos na eficiência.

Já a sociedade civil ao ser envolvida e desafiada na ajuda da resolução destes problemas permite, por estar mais próxima junto aos idosos, a melhor identificação das suas necessidades. As próprias ações de formação e informação despendidos em fora de diálogos próprios da sociedade permitem desnudar os “mitos”, “estereótipos” existentes em torno do idoso e conducentes à sua ostracização. Permitem diluir, ainda, o que é considerado diferente. Se calhar, diremos nós, urge conscientizar que a “diferença” é meramente aparente e passa, decerto, a constituir uma regra tornando a sociedade mais inclusiva.

IV. Com a inclusão social as próprias famílias ou outras redes de apoio aos idosos tais como, amigos e vizinhos sentir-se-ão mais apoiadas. Decerto que tenderão, mais facilmente, a estimular a sociedade civil em criar a designada

¹⁶ Decisão proferida pelo Primeiro Senado do BVerfG, - 1 BvR 1508/96 – de 7 de junho de 2005. O sumário refere : “As fronteiras constitucionais em matéria de interpretação das normas referentes a prestações sociais aquando da determinabilidade da obrigação de alimentos dos filhos que são chamados a contribuir para os pais pelas competentes entidades prestadoras sociais. Ver, http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/06/rs20050607_1bvr150896.html; [acedido em 10/02/2017 ; 09h10].

“*economia social*”. Hoje, a economia social está a ter um papel relevante, entre outras, através do setor cooperativo, fundações, associações com utilidade pública e IPSS. Alguns autores designam-na como sendo o “terceiro setor” o que, para Vital Moreira (1997b, p. 33) é controverso. Apesar, e como bem explicita o autor, de serem uma expressão de autorregulação associativa por ser prosseguida pelos próprios agentes económicos. E, abrangerem prestação de bens e serviços prestadas por entidades não lucrativas, como as que supra elencamos, elas constituem uma realidade distinta, porquanto, não serem nem Estado nem mercado.

É, todavia, inegável o crescimento deste setor, em parte, resultante da mudança de paradigma de um Estado prestador para um Estado regulador e em que, os privados são convidados a prosseguirem tarefas públicas. É, efetivamente, neste contexto que se nasce e se enquadra o movimento da Humanidade e a MGM.

1.2.1 Desafios para os Cuidadores nos cuidados a prestar e a não ostracização dos Idosos

I. Face ao referido conclui-se que, os idosos dependentes carecem de cuidadores que os ajudem no seu quotidiano. Desde já um esclarecimento prévio cumpre fazer. No cuidador formal é de uso serem abrangidos todos aqueles que têm um vínculo jurídico profissional, independentemente da sua natureza, para com os idosos (ex. médico, enfermeiro, auxiliares de saúde) nos cuidados a prestar. Já o cuidador informal presta-lhe os cuidados por ter, para com aquele, laços estreitos (ex. cônjuge, família, amigos, vizinhos, etc.). É inegável a importância dos cuidadores informais para os idosos. No entanto, o nosso enfoque irá incidir sobre uma determinada categoria de cuidadores formais, concretamente, os enfermeiros.

Iremos verificar no terceiro capítulo que o enfoque da enfermagem é colocada na relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro. Por sua vez, a Humanidade e a MGM colocam na sua centralidade os idosos dependentes carecedores desses mesmos cuidados através da operacionalização de 150 técnicas.

E, por sua vez, mesmo os cuidadores formais, “*in casu*” os enfermeiros, como seres humanos que são, não ficam imunes em relação aos estereótipos criados em torno do idoso e que influenciam, negativamente, os cuidados a prestar ao idoso.

II. Num passado não muito distante era de uso comum dizer-se “*a criança não tem querer*”. E hoje, muitos pensam que os idosos também “*não têm querer*”. Com efeito, o movimento da emancipação da criança como titular de direitos fez uma longa travessia. Até ao iluminismo a criança era vista como um objeto e não como uma pessoa. Locke via na criança como refere David Archard (2003, p. 39) “uma propriedade privada. Eram, por isso, frutos dos pais como resultado do processo de procriação”. Segundo John Wall (2008, p. 529) “em virtude da titularidade de direitos estar interligada com a capacidade da administração das respetivas propriedades as crianças não seriam titulares daqueles.” Apesar de Immanuel Kant (s/ano, pp. 90 - 91) deixar de ver a criança como uma propriedade nega-lhes, todavia, a atribuição de direitos por serem incapazes de estarem por si com plena autonomia da vontade e impossibilitadas de, conscientemente, prover pela realização dos seus desejos.

III. Naturalmente que esta visão das coisas pode conduzir ao assistencialismo e ao dificultar pelo respeito da individualidade e autonomia do Ser Humano. Apesar do enfoque estar nas crianças, o que não é de surpreender em virtude do envelhecimento ser uma conquista das sociedades modernas, ela subjaz na abordagem feita aos idosos. Segundo, Gerhard Igl e Thomas Klie (2007, p. 38): “os idosos devem ser encarados como pessoas titulares de direitos, com responsabilidade própria e que agem por si em detrimento de serem meros objetos de proteção. Por sua vez, o paradigma em encarar o idoso como alguém carenciado de assistência por recorrer às ajudas sociais estaduais deve ser afastado. Os idosos

devem ser, no futuro, mais ouvidos, questionados e terem uma participação ativa na sociedade por serem símbolos da competência e usufruírem de um espírito solidário o que não sucede, infelizmente, nos dias de hoje.”

Por sua vez, a própria família tende também relegar a vontade dos idosos para segundo plano ou, ajuizar a sua necessidade pela sua própria lente. A situação ainda é mais delicada quando os idosos se vêm limitados por doenças neurodegenerativas.

IV. Também neste ponto a Humanidade e a MGM viriam introduzir importantes alterações na abordagem aos tipos de cuidados a serem prestados aos idosos. Ela evidencia que, mesmo em situações severas, os idosos têm capacidade de expressão, ainda que condicionada, sentimentos, desejos a que é imperativo atender pugnando pela sua qualidade de vida e bem-estar.

Na relação de cuidados o idoso consegue expressar e manifestar-se. Quer participar naqueles o que promove a sua *autonomia, individualidade e respeito pela dignidade*. Por sua vez, o enfermeiro ao interagir com o idoso conforme a MGM e ao nutrir esta relação pelo olhar, palavra, toque e verticalidade que, por sua vez, constituem os pilares da humanidade tornam os cuidados mais leves, aprazíveis e evitam as situações de “*burnout*”. Ou seja, o desgaste emocional resultante de cuidados desumanizados, despersonalizados e em que os idosos deixam de ser percebidas como pessoas pois, são mero objetos e, por isso, alvo de tarefas rotinadas.

Um cuidar sem questionar sequer: quem é aquele idoso de que estou a cuidar? Qual a sua vontade? Faz sentido interromper-lhe o sono só porque chegou a hora de serem ministrados os banhos? Ou vestir-lhe uma peça de vestuário sem aviso prévio do que se vai fazer e muito menos aferir se gosta dela? São estes os cuidados que queremos ter no futuro? É esta a humanização pretendida no âmbito da RNCCI ? Em situações de dependência?. A nossa resposta é, naturalmente, em sentido negativo.

2. Regras jurídicas com relevância para os idosos

I. Em sede de enquadramento foi nossa intenção demonstrar o envelhecimento populacional e as inerentes preocupações sociais. Chegados a este ponto, cumpre agora ver o que dispõem os principais instrumentos jurídicos internacionais, da UE e nacionais em matéria de direitos dos idosos.

II. Portugal é Estado Parte nas diferentes organizações de que promanam os textos jurídicos. Sob o ponto de vista político os respetivos “*outcomes*” não lhe são indiferentes. É, também, inegável a importância e influência desta heterogeneidade de fontes de direito no nosso quotidiano e, consequentemente, para a RNCCI.

Um olhar para o que se dispõe nos principais fora internacionais, da UE e nacionais constitui um imperativo incontornável para o jurista de hoje. Essa é a razão pela qual, faremos uma incursão na ONU, Conselho da Europa, UE e Portugal. Para melhor percetibilidade apresentamos a seguinte estrutura expositiva. Iniciaremos pelos textos legais, propriamente ditos, para de seguida passarmos revista a outros documentos importantes. Aquando do tratamento dos primeiros mencionaremos, também, a jurisprudência relevante.

2.1 O direito internacional e os idosos

2.1.1 A DUDH

I. Na comunidade internacional não existe uma convenção internacional de Direitos do Homem que tenha como objeto os idosos. O que contraria, como referido por Paul de Hert e Eugenio Mantovani (2011, p. 400), o facto de existirem instrumentos jurídicos que, sob o ponto de vista subjetivo, consagram direitos específicos em função da idade, género, condição (portadores de deficiência) e

etnia. Exemplos paradigmáticos, sem pretensão de sermos exaustivos, são a convenção sobre os direitos das crianças; a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e a convenção sobre o direito das pessoas com deficiência.

II. Na DUDH¹⁷ é feita alusão à velhice e, conseqüentemente, aos idosos no seu art.º 25º quando se dispõe «Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.» Este artigo, com uma forte vertente social, requer uma leitura conjunta com o seu art.º 2º por consagrar o princípio geral da não discriminação.

2.1.2 O PIDCP

I. No PIDCP¹⁸ também estão vertidos importantes direitos aplicáveis aos idosos. O art.º 7º proíbe «a tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em particular, é interdito submeter uma pessoa a uma experiência médica ou científica sem o seu livre consentimento». O art.º 17º impõe «o respeito pela vida privada, familiar, honra e reputação da pessoa». E no art.º 27º consigna-se «o

¹⁷ Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) na sua Resolução 217A (III) de 10 de dezembro de 1948. Publicada no DR, I Série A, n.º 57/78, de 9 de março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE) conforme <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html>; [acedido em 09/05/2017; 09h36].

¹⁸ Adotada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela AGNU na sua resolução 2200A (XXI) de 16 de dezembro de 1966. Entrada em vigor na comunidade internacional em 23 de março de 1976. Em Portugal foi assinada em 7 de outubro de 1976. Aprovação para ratificação pela L n.º 29/78, de 12 de junho, publicada no DR, I Série A, n.º 133/78 (retificada mediante aviso de retificação publicado no DR n.º 153/78, de 6 de julho). O depósito do instrumento de ratificação junto do Secretário-Geral das Nações Unidas (SGNU) foi em 15 de junho de 1978. Por sua vez, o aviso do depósito do instrumento de ratificação do MNE foi publicado no DR, I Série, n.º 187/78, de 16 de agosto. Entrou em vigor em Portugal em 15 de setembro de 1978; [acedido em 09/05/2017; 09h47].

direito a tomar parte na vida cultural da comunidade, fruir da artes e participar e beneficiar nos e dos progressos científicos com a consequente proteção dos direitos autorais».

Contemplam-se aqui três importantes direitos para os idosos, mormente, a sua autodeterminação no campo da saúde, o resguardo pela sua vida íntima privada e dos seus e, por último, na sua vertente coletiva (gregária) pela tomada de parte ativa, conforme o seu desejo, na comunidade.

2.1.3 O PIDESC

I. É, todavia, no PIDESC¹⁹ que estão os preceitos com maior expressão. Destacam-se os arts. 7º, «o direito dos idosos ao trabalho e em condições justas e condignas», o 9º «direito à segurança social e aos seguros sociais». Neste contexto, a OIT mediante um conjunto de C e R contempla disposições específicas que abrangem os idosos, entre outras, a C 120º sobre os padrões mínimos da Segurança Social, a C 128º sobre as prestações de Invalidez, Velhice e Sobreviventes e a R 162º com elas relacionadas.

Por sua vez, os arts. 10º e 11º do PIDESC, respetivamente, «salvaguardam a família como elemento estruturante da sociedade» e, por sua vez, «garante a independência dos idosos ao reconhecer às pessoas um nível de vida suficiente para si e a sua família». No art.º 12º consagra-se o «direito ao melhor estado de saúde física e mental possível de ser alcançado». Por último, refere-se o art.º 15º, de resto, muito interligado com o art.º 27º do PIDCP que, reforça o direito à participação na vida cultural; beneficiação do progresso científico e suas aplicações e a proteção autoral dos direitos.

¹⁹ Adotada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela AGNU na sua resolução 2200A (XXI) de 16 de dezembro de 1966. Entrada em vigor na comunidade internacional em 3 de janeiro de 1976. Em Portugal foi assinada em 7 de outubro de 1976. Aprovação para ratificação pela L n.º 45/78, de 11 de julho, publicada no DR, I Série A, n.º 157/78. O depósito do instrumento de ratificação junto do SGNU foi em 31 de julho de 1978. Por sua vez, o aviso do depósito do instrumento de ratificação do MNE foi publicado no DR, I Série, n.º 244/78, de 23 de outubro. Entrou em vigor em Portugal em 31 de outubro de 1978; [acedido em 09/05/2017; 09h57].

II. Uma das funções do CDESC é elaborar comentários gerais. Como explicado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos do Homem (2008, p. 38) eles são muito importantes para a interpretação do PIDESC e constituem, ainda, um importante mecanismo para firmar jurisprudência. Por sua vez, outras organizações internacionais atendem ao que se dispõe nesses comentários.

Até à presente data o CDESC adotou 15 Comentários Gerais.²⁰ Com especial relevância reveste-se, neste âmbito, o “Comentário Geral n.º 6 (adotado na 13ª sessão do Comité, 1995), sobre os direitos económicos, sociais e culturais dos idosos.”²¹ Essa é a razão pela qual irão ser objeto de nossa apreciação.

III. Para simplificar a exposição esclarece-se que o que se irá referir encontra-se no Comentário Geral n.º 6.²² Far-se-ão, ainda, alusão aos considerandos em que se encontram vertidas as interpretações do CDESC ao PIDESC.

O Pacto não prevê qualquer referência específica aos idosos, (considerandos 10º a 12º), no entanto, em virtude do art.º 9º consagrar o direito à segurança social e aos seguros sociais, implicitamente, são reconhecidos os seus direitos a determinados benefícios. O Pacto proíbe ainda, expressamente, a discriminação em função da idade. Os Estados Partes têm obrigação de prestarem particular atenção à promoção e proteção dos direitos económicos, sociais e culturais dos idosos (considerando 13º).

²⁰ Ver, <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/onu-proteccao-dh/PAGINA2-1-dir-econ.html>, [acedido em 08/05/2017 ; 15h52] em que cumpre também referir o Comentário Geral n.º 14, sobre o direito ao melhor estado de saúde possível de atingir - artigo 12.º do Pacto (adotado na 22.ª sessão do Comité, 2000).

²¹ Idem.

²² Ver, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights - "General Comment No. 6: The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons", E/1996/22: 1995. Disponível em WWW: <<http://www.refworld.org/docid/4538838f11.html> [acedido em 08/05/2017; 16h16].

O CDESC reforça o seu papel com a inexistência de uma Convenção específica para os direitos dos idosos. Como grupo social os idosos são havidos como heterogêneos e variados (considerandos 16º e 17º). A sua condição depende da situação sócio económica vivida no país e de outros fatores, tais como ambientais, culturais, demográficos e de emprego. Já sob o ponto de vista individual não são indiferentes a sua situação familiar, nível educacional, ambiente rural ou citadino. É ainda referido a precariedade financeira e debilidade do estado de saúde de alguns idosos. Em tempos de austeridade constituem um grupo de risco específico.

IV. Na apreciação concreta que o CDESC faz aos preceitos do PIDESC e, após nossa seleção das havidas por mais relevantes, é reforçado o respeito pelo direito à igualdade constante no art.º 3º do PIDESC (considerandos 20º e 21º). A condição da mulher Idosa que requer cuidados acrescidos. Muitas vezes, por ter cuidado da família sem qualquer remuneração acrescida fica sem meios de subsistência futuros e em situação de carência devendo ser implementadas medidas de ajuda pelos Estados Partes. A mesma ordem de ideias vale para todas as pessoas que não auferam pensões ou recursos condignos.

O art.º 9º que, dispõe sobre o direito à Segurança Social é omissivo sobre o tipo ou nível de proteção a garantir. O termo “segurança social” abrange todos os riscos associados à perda dos meios de subsistência alheias à vontade da pessoa o que, por sua vez, tem de ser cotejado com as C e R da OIT já mencionadas (considerando 26º).

Em matéria de direitos à proteção da família e ao adequado padrão de vida previstos, respetivamente, nos artigos 10º e 11º do PIDESC, entende o CDESC que os Estados Partes devem ajudar, proteger e fortalecer os laços familiares. Sobre si também recaem as obrigações de auxílio aos familiares com dependência dentro do sistema de valores culturais em que se encontram. O CDESC desafia, por isso, os governos e as ONG a criarem serviços sociais e implementar medidas de apoio

às famílias, principalmente às que têm baixos rendimentos, quando os seus familiares idosos decidam ficar em casa.

A mesma ordem de ideias vale para os idosos que vivam sozinhos e para os respetivos casais que pretendam permanecer no seu lar (considerando 31º a 33º). No art.º 11º do PIDESC consagra-se o princípio da independência dos idosos pelo que, lhes deve ser garantida alimentação adequada, água, abrigo, vestuário e cuidados de saúde mediante rendimentos próprios; apoio familiar, comunitário e de grupos de auto ajuda.

Em matéria de direito da saúde previsto no art.º 12º do PIDESC alerta o CDESC para o número crescente das doenças crónicas, degenerativas e os elevados custos hospitalares a elas associadas. Apesar da importância da medicina curativa tem de haver uma nítida aposta na medicina preventiva. Um bom nível de saúde em idade avançada requer um investimento durante todas as fases da vida, principalmente, pela adoção de hábitos de vida saudáveis. A prevenção através de rastreios ajustados às necessidades dos idosos; a respetiva reabilitação pela manutenção das respetivas capacidades funcionais são medidas cruciais e que, também, contribuem para o decréscimo nos custos de saúde e serviços sociais (considerandos 34º e 35º). Os instrumentos legais e a jurisprudência são fruto do seu contexto político conforme se verá em seguida.

2.1.4 A “soft law” com relevância para os direitos dos idosos na ONU

Os direitos dos idosos conhecem momentos políticos relevantes com resultados finais importantes que são considerados pelos diferentes órgãos da ONU e ditam as atuações futuras a seguir.

Pedro de Hert e Eugénio Mantovani (2011, p. 402) referem que as políticas sociais em matéria de envelhecimento são muito ricas. Elas assentam na experiência tida pelos vários “operadores de campo”, mormente, peritos, representantes das ONG, associações de médicos e sociais colhidas, por sua vez,

através de consultas realizadas a estes intervenientes. O resultado daquelas consultas permitem identificar e formular as necessidades e os tipos de vulnerabilidades a que estão expostos os idosos e as sociedades envelhecidas. Naturalmente, que as propostas e recomendações adotadas com base naquelas são bastante sustentadas.

Estes fóra de diálogo constituem um instrumento importante para a participação ativa da sociedade na comunidade internacional. Principalmente, através da participação das ONG que segundo Vital Moreira, Carla Marcelino Gomes e out. (2014, p. 62) : são fundamentais para o progresso do sistema de direitos humanos. Na ONU expressam a conscientização do mundo com relação às causas que decidem abraçar.

I. Em quadro infra referenciam-se as entidades e os documentos políticos mais relevantes.

ENTIDADE	DOCUMENTO
AGNU na sua resolução 37/51, de 3 de dezembro de 1982 aprova o Plano de ação internacional de Viena para o envelhecimento (Plano de Viena).	Adoção do Plano na primeira assembleia mundial para o envelhecimento ocorrida, em Viena, entre 26 de julho a 6 de agosto de 1982.
AGNU na sua resolução 46/91, de 16 de dezembro de 1991.	Adotou os princípios da Nações Unidas para as pessoas Idosas.
AGNU na sua resolução 57/161 de 18 de dezembro de 2002 aprova o Plano de ação internacional de Madrid para o envelhecimento (Plano de Madrid).	Adoção do Plano na segunda assembleia mundial para o envelhecimento ocorrida, em Madrid, entre 8 a 12 de abril de 2002.
O Comité Consultivo do Conselho dos Direitos Humanos emite um “ <i>working paper</i> ” datado de 25 a 29 de janeiro 2010.	Identificado por A/HRC/AC/4/CRP.1 e intitulado por “a necessidade de uma abordagem pelos direitos do Homem e mecanismos efetivos na ONU para os

	direitos do Homem das pessoas idosas.” Mais conhecido pelo nome da Relatora: “Relatório de Chung”.
No período compreendido entre 2010 a 2014 verificam-se um conjunto de iniciativas promovidas pela ONU e não reconduzíveis a um único documento.	O Comité Consultivo do Conselho de Direitos Humanos adota um conjunto de resoluções na sequência da intervenção de vários peritos, académicos etc, que, por sua vez, agem no âmbito do Plano de ação internacional de Madrid para o envelhecimento.
Relatório anual apresentado pelo Alto Comissariados dos Direitos Humanos ao Conselho Económico e Social da ONU.	Identificado com o E/2012/51 e a apresentado na sessão ocorrida de 23 a 27 de julho de 2012.

Quadro 11- Documentos relevantes para os Direitos dos idosos na ONU ²³

II. O Plano de Viena contém 62 recomendações e algumas delas foram referidas pelo CDESC no seu Comentário Geral n.º 6.

No seu preâmbulo são mencionados um conjunto de documentos produzidos ao longo do tempo e, entre eles, encontra-se a “Alma Ata – 1978 Cuidados Primários de Saúde” que também a nós cumpre registar. Com efeito, a OMS (1978) nela consigna que “ a saúde – é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, além do setor da saúde.”

²³ Todas as informações constantes no quadro foram colhidas em <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Background.aspx>; [acedido em 09/05/2017; 11h11] e nos documentos nele mencionado.

A meta dos Estados é investirem na saúde das populações, principalmente, nos cuidados primários²⁴. O Plano de Viena refere, ainda, os princípios da ONU para as pessoas idosas e que lhe serviu de guia. Aqueles estruturam-se em torno de cinco importantes princípios: a) independência; b) participação; c) assistência; d) realização pessoal e e) dignidade.²⁵

III. Também segundo estes princípios e em matéria de independência é reforçada a ideia do idoso permanecer o mais tempo possível na sua residência; quanto à assistência: o acesso a cuidados sociais e de saúde e a disponibilização de uma rede de infraestruturas para esse efeito e o respeito pela sua privacidade e autonomia mesmo em situações de institucionalização.²⁶

IV. O Plano de Madrid desenvolve e complementa o Plano de Viena. Inicia com uma declaração política e contém um número apreciável de recomendações. Alerta ainda para o problema do envelhecimento não ser apenas uma preocupação das sociedades desenvolvidas alastrando-se, também, às que estão em vias de desenvolvimento.

Em matéria de saúde coloca, novamente, o enfoque na medicina curativa e preventiva (considerando 80º). Identifica ainda “uma urgente necessidade a nível mundial em expandir as oportunidades de formação no campo da geriatria e da gerontologia para todos os profissionais de saúde que trabalhem com idosos. Por sua vez, este mesmo plano educacional deve ser alargados aos serviços sociais. Os

²⁴ Ver, OMS, UNICEF - "Alma Ata : Cuidados primários de saúde". 1978. Disponível em WWW: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf> [consultado em 22/10/2016; 16:54]. Ao abrigo de uma conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata entre 6 a 12 de setembro de 1978, foi proferida a declaração de Alma Ata.

²⁵ Estes princípios foram adotados resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991. Ver, http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/III/PAG3_15_1.htm; [consultado em 22/10/2016; 17:00]

²⁶ Idem.

cuidadores informais devem também aceder a uma informação e formação de base nos cuidados a adotar com os idosos (considerando 82°). Novamente se evidenciam os problemas da saúde mental dos idosos e propõem-se um conjunto de recomendações (considerandos 85° e 86°).

Quanto à implementação do Plano é reiterada a necessidade de uma abordagem integrada das visões políticas, económicas, éticas e espirituais com vista ao desenvolvimento social das pessoas idosas. Estas devem assentar na dignidade humana, direitos do Homem, igualdade, respeito, paz, democracia, responsabilidade recíproca e cooperação. Ainda devem ser respeitadas as diferentes religiões, valores éticos e contextos culturais individuais (considerandos 114° e 115°).

V. Por último, importa referir o “Relatório Chung” em que são apontadas as diferentes violações dos direitos dos idosos e também referidas algumas boas práticas já adotadas por certos Estados Partes. Por sua vez, “refere a importância das ONG e grupos comunitários na ajuda prestada nos cuidados de saúde aos idosos, segurança económica e inclusão social nas suas comunidades.

A sociedade civil também tem estado ativa ao prestar informações e conduzir importantes investigações que têm o enfoque na condição dos idosos. Também ela providencia ajuda aos idosos e devido ao “lobby” político que exercem junto aos governos foram estabelecidos programas para a atribuição de pensões e outros mecanismos para a sua proteção.

São referidas duas ONG relevantes, concretamente, a “HelpAge International” e a “Global Action on Aging” (considerandos 34° a 36°). A Relatora pugna pela necessidade de serem reconhecidos internacionalmente os direitos dos idosos. Aponta, ainda, para a inexistência de um mecanismo sistemático ou compreensivo que proteja os seus direitos como uma população mais velha.

Com efeito, por similitude do que sucede com as crianças, mulheres, pessoas portadoras de deficiência que foram reconhecidos como grupos de pessoas

distintas com carências específicas o mesmo deverá ocorrer com os idosos. Os instrumentos internacionais de direitos do Homem existentes não têm capacidade efetiva para proteger os seus direitos. Se é verdade que os idosos têm de receber cuidados nas áreas sociais e económicas não se deve perder de vista o seu direito inerente e inalienável em usufruir de uma vida condigna, segura, com independência e livre da discriminação em função da idade (considerandos 45º a 48º). A Relatora demonstra a premência em perspetivar os direitos do Homem à luz das suas necessidades. O que, por sua vez, deve ser consagrado numa convenção internacional sobre os direitos do Homem dos idosos (considerando 51º).

VI. Face ao manancial de dados recolhidos parece-nos ajustado despende, neste ponto, algumas considerações preliminares. Inexiste uma Convenção internacional com enfoque nesta população alvo todavia, ela seria importante pois evitaria o tratamento tão fragmentado dos seus direitos.

Revemo-nos assim nas palavras de Renato Amorim Barroso Damas (2014, p. 118) quando refere a inexistência de um fio condutor harmonioso e transversal a todos os ramos de direito. Efetivamente, as necessidades dos idosos são reconduzíveis a diferentes ramos de direito e com natureza distinta. Sem pretensão de darmos um tratamento exaustivo podemos apontar como exemplo o quadro das demências que, tanto pode ser reconduzido ao regime civilístico das designadas “incapacidades” logo de direito privado bem como, podem consubstanciar um problema de saúde pública e caírem sob a alçada do direito público.

Por sua vez, pelo cotejo dos diferentes direitos civis e políticos demonstra-se a preocupação pela sua inclusão na sociedade. Eles constituem um ativo muito importante pela experiência de que são detentores e expressão de uma determinada cultura e estatuto.

Já na vertente sócio económica destaca-se o respeito pela sua autonomia e vontade. A manutenção dos laços familiares e o estarem, conforme à sua vontade,

o maior tempo possível no seu “*habitat natural*” em muito contribuem para o seu bem-estar e qualidade de vida.

No entanto, para que sejam concretizados estes objetivos é necessário que disponham de rendimentos suficientes e de uma rede de infra estruturas a nível social e de saúde.

No campo da saúde é imperioso a aposta em hábitos de vida saudáveis e, por sua vez, o desenvolvimento de especialidades científicas vocacionadas para os idosos tais como a geriatria e a gerontologia. É fundamental que os cuidadores sejam dotados de conhecimentos específicos neste campo para não gerarem, por práticas inadequadas, a dependência do idoso.

Foram os fórum de diálogo da sociedade civil através da intervenção de um conjunto diferenciado de “operadores de campo” que permitiram a identificação e fundamentação das necessidades. Pela identificação destas “patologias” foram elaboradas as propostas e recomendações.

Parece assim que a sociedade civil, no campo internacional, influencia os textos internacionais e prestou um contributo na identificação de uma lacuna, ou pelo menos de um tratamento ainda incipiente, no que diz respeito aos conhecimentos e práticas condignas e específicas com relação aos cuidados a serem prestados aos idosos.

Como se verá no capítulo seguinte a Humanidade e MGM fizeram um percurso semelhante e assentaram, justamente, a sua “*leges artis*” nas práticas modernas da gerontologia e, no exercício da arte de cuidar respeitam o idoso no seu todo. Vejamos se estas mesmas conclusões retiradas estão presentes nos textos do Conselho da Europa, UE e Portugal.

2.2 O tratamento dos direitos dos idosos no Conselho da Europa

2.2.1 A Convenção Europeia dos Direitos do Homem

Também a CEDH²⁷ não contém um artigo específico dedicado aos direitos dos idosos. No entanto, e conforme Colm O’Cinneide (2014, p. 696) “pode estabelecer-se uma ligação entre o art.º 3º da Convenção que proíbe os tratamentos desumanos e degradantes, o art.º 8º que prevê o direito à vida privada e familiar e o art.º 14 que prevê o direito à não discriminação.

I. A jurisprudência do TEDH não está muito desenvolvida no que respeita aos seus direitos.” Não obstante são dignos de referência o caso “*Farbtuhs v. Latvia* em que o TEDH entendeu ter sido violado o art.º 3º da CEDH por não terem sido aferidas as condições concretas em que a pena ia ser cumprida pelo queixoso com então 84 anos. Por ser portador de várias enfermidades impunha-se verificar as condições em que a pena ia ser cumprida e se, por sua vez, eram consentâneas com as necessidades específicas decorrentes do seu quadro clínico²⁸.

E, ainda, segundo Colm O’Cinneide (2014, pp. 696-670) no caso “*Schwizgebel v. Switzerland*” (P. 25762/07; julgamento em junho de 2010) foi reconhecido a violação em função da idade poder constituir uma violação do art.º 14º em conjugação com o art.º 8º mesmo assim, acabou por concluir que a recusa da adoção de uma segunda criança pelo queixoso em função da idade não constituía uma violação da Convenção.”

²⁷ Foi adotada em Roma a 4 de novembro de 1950 e entrou em vigor na comunidade internacional em 3 de setembro de 1953. Portugal assinou-a em 22 de setembro de 1976. Aprovada para ratificação pela L n.º 65/78, de 13 de outubro, publicada no DR, I Série, n.º 236/78 (retificada por Declaração da Assembleia da República publicada no DR, I Série, n.º 286/78, de 14 de dezembro). O depósito do instrumento de ratificação junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa ocorreu em 9 de novembro de 1978. O aviso de depósito do instrumento de ratificação pelo MNE foi publicado no DR, I Série, n.º 1/79, de 2 de janeiro. Entrou em vigor em Portugal em 9 de novembro de 1978, [acedido em 09/05/2017; 19h20].

²⁸ Ver, http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Elderly_ENG.pdf [acedido em 09/05/2017 ; 16h43] P. 4672/02;julgamento em 2 de junho de 2004.

II. Face ao exposto conclui-se que a CEDH para além de não prever, como já referido, uma disposição específica para os direitos dos idosos, também não faz menção expressa à discriminação em função da idade.

Tudo isto se explica pelo facto de segundo (QUADROS, F.d., 2013, p. 230) “a CEDH só codificar direitos civis e políticos (...); a CEDH devido à época em que surgiu, quase só reconhece os direitos clássicos.”

Por sua vez julgamos poderem também ser invocados os mesmos argumentos despendidos em relação à DUDH, ou seja, aquando da feitura da CEDH as preocupações com o envelhecimento não estarem tão presentes como hoje.

2.2.2 A CSE revista

É assim na CSE revista²⁹ que vamos encontrar o art.º 23º especialmente vocacionado para os direitos dos idosos. Dele resultam para os Estados Partes um conjunto de obrigações que podem, facultativamente, promover “de per si”, ou, em conjunto com organizações públicas ou privadas.

Por semelhança do que sucede com os textos da ONU reforça-se a ideia de que os idosos devem ter uma real inclusão social ao referir-se naquele preceito “permanecerem durante o maior tempo possível membros de pleno direito”.

Também a CSE refere a importância do idoso dispor de recursos suficientes que lhe possibilitem levar uma vida condigna e interventiva socialmente sob o ponto vista político, cultural e social.

²⁹ A CSE revista foi adotada em Estrasburgo, a 3 de maio de 1996 e entrou em vigor na ordem internacional em 1 de julho de 1999. Portugal assinou-a em 3 de maio de 1996 e foi aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001, de 17 de outubro, publicada no DR, I Série-A, n.º 241/2001, 1.º Suplemento. Foi ratificada pelo Decreto do Presidente da República, n.º 54-A/2001, de 17 de outubro, publicado no DR, I Série-A, n.º 241/2001, 1.º Suplemento. O aviso de depósito do instrumento de ratificação do MNE, n.º 63/2002, de 30 de maio, foi publicado no DR, I Série-A, n.º 150/2002. Entrou em vigor em Portugal no dia 1 de julho de 2002; [acedido em 09/05/2017; 19h56].

Todavia, a CSE destaca a necessidade da criação de uma rede de infra-estruturas para o necessário apoio social e de saúde. E, acima de tudo, a importância do idoso permanecer no seu “*habitat natural*” o maior tempo possível e com independência. No caso de optar por viver em residências apropriadas há que preservar a sua vida privada e permitir-lhes a sua participação ativa na vida da instituição que, afinal de contas, passa a ser a sua residência.

I. O Comité Europeu dos direitos sociais é o órgão responsável no Conselho da Europa para se pronunciar sobre a observância da CSE pelos respetivos Estados Partes, porquanto a mesma não pode ser objeto de sindicância pelo TEDH.

Por semelhança do que sucede com a ONU também as conclusões do Comité constituem uma importante jurisprudência do Conselho da Europa. Assim e com respeito ao art.º 23º refere o Comité (2008, pp. 147-150) a expressão «o maior período de tempo possível» é sinónimo de capacidades físicas, psicológicas e intelectuais dos idosos.

Com efeito, o art.º 23º da CSE foi a primeira disposição de direitos humanos especialmente vocacionada para os direitos dos idosos. Trata-se, efetivamente, de uma previsão dinâmica no sentido de que “as medidas apropriadas” exigem mudanças ao longo do tempo, de resto, em linha com uma nova e progressiva noção do que deva ser a vida dos idosos.

Conforme explicitado pelo Comité (2008, p. 147), o art.º 23º deve ter uma leitura integrada com outros artigos da CSE que visam garantir direitos aos idosos na qualidade de membros da população em geral. Assim, importa relacioná-lo com o art.º 11º (direito à proteção da saúde), o art.º 13º (direito à assistência social e médica) e o art.º 12 (direito à segurança social).

O art.º 23º exige aos Estados Partes elaborarem previsões planeadas e com o enfoque nas necessidades dos idosos. É o Comité (2008, p. 147) que alerta que fazer parte integrante de uma sociedade é sinónimo dos idosos não serem

ostracizados em função da idade. Este direito deve ser garantido ao idoso sem restrições.

Em matéria das “designadas incapacidades” o Comité (2008, p. 147) destaca a importância do princípio da proporcionalidade. Com efeito, a existirem restrições nas suas capacidades jurídicas devem cingir-se em função do objetivo da medida diríamos nós, ao estritamente necessário.

E, no caso dos idosos se virem privados, total ou parcialmente, na sua autonomia cognitiva devem, no entendimento do Comité (2008, p. 148), existir procedimentos que permitam que os idosos sejam assistidos aquando da tomada de decisão (*“assisted decision making procedure”*).

Também o Comité (2008, p. 148) versa sobre a proteção social e aponta para a necessidade de pensões ou benefícios sociais suficientes para uma vida condigna. O custo de vida é uma variável que deve ser tida em linha de conta para esse efeito. Por sua vez, invoca ainda o necessário apoio que devem ser dadas às famílias cuidadoras. Por isso, é importante saber que opções existem quanto aos serviços de apoio domiciliário.

Tal como nos textos da ONU o Comité (2008, p. 148) aponta para a necessidade da formação dos cuidadores formais e informais nos cuidados a serem prestados aos idosos, principalmente, dos que sofrem de demências.

O Comité (2008, p. 149) entende, ainda, que a manutenção e preservação da autonomia do idoso é um imperativo fundamental e que deve ser atendido no momento em que são concebidas as políticas públicas nacionais. Assim, devem ser criadas todas as condições necessárias para que permaneçam o maior tempo possível nas suas residências.

Todavia, e no caso de existir a necessidade do idoso ser institucionalizado devem ver salvaguardados os seguintes direitos; a) cuidados e serviços apropriados; b) privacidade; c) participação nas decisões que respeitem às suas condições de vida na instituição; d) proteção da propriedade; e) manter contactos

pessoais com pessoas que lhe são próximas e f) apresentação de queixa contra os tratamentos inadequados ministrados e a própria instituição.

Por sua vez, e ainda segundo o Comité (2008, pp. 149-150) as instituições devem prestar serviços de qualidade pelo que devem estar devidamente licenciadas e serem alvo de supervisão, auditorias ou qualquer outro mecanismo de controlo que assegure o padrão da qualidade.

2.2.3 As Recomendações com relevância para os direitos dos idosos no Conselho da Europa

O Comité emitiu um conjunto importante de Recomendações que, entre outras, são:

<i>Designação</i>	<i>Objeto</i>
REC/94/9	Referente aos idosos.
CM/REC/(2009) 6	Envelhecimento e deficiência no século XXI :quadro legal sustentável que permita uma maior qualidade de vida numa sociedade inclusiva.
CM/REC/ (2014) 2	Promoção dos Direito do Homem dos idosos .

Quadro 12- Recomendações do Conselho da Europa referentes aos direitos dos idosos

“Na última recomendação vêm apresentadas as boas práticas adotadas por alguns Estados Partes. É determinado o objeto e princípios gerais que a regem. São, ainda, apresentadas recomendações em relação aos seguintes núcleos de matérias: a) não discriminação; b) autonomia e participação; c) proteção contra a violência e abuso; d) proteção social e emprego; e) cuidados e f) administração da justiça. Quanto aos cuidados são estabelecidos os princípios gerais no qual é

colocado o enfoque no consentimento informado e são determinadas as diretrizes para o apoio domiciliário; os cuidados institucionalizados e cuidados paliativos.”³⁰

I. Trata-se de uma recomendação muito abrangente e em matéria de discriminação apela aos Estados Partes que adotem uma legislação específica para a não discriminação e em que venha contemplada a proibição da discriminação em função da idade. Por sua vez, os Estados Partes devem ainda providenciar por medidas efetivas para prevenir a discriminação a vários níveis dos idosos.³¹

Em matéria de autonomia e participação dos idosos a Recomendação reforça o respeito pela dignidade do idoso. Estes têm o direito de prosseguir o seu projeto de vida com independência, autodeterminação e com autonomia. O que implica o direito à tomada de decisão autónoma em qualquer área da sua vida. E a existirem restrições, mais uma vez, elas devem ser proporcionais e ajustadas.³²

Também no que respeita aos cuidados reforça, novamente, os idosos permanecerem nas suas residências o maior tempo possível. A criação de uma adequada rede de infra estruturas sociais e de saúde. A necessidades dos cuidadores terem formação ajustada, manifestando, a preocupação com a confidencialidade dos dados do idoso. A prestação de serviços de qualidade. E, no caso de institucionalização, o garantir de todo um direito que já foram por nós supra referidos neste âmbito.

II. Também aqui algumas considerações prévias importam ser despendidas, principalmente, com relação ao idoso dependente por doenças neurodegenerativas. A salutar preocupação com as restrições às suas liberdades devem manter-se no estritamente necessário.

³⁰ Ver, https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f; [acedido em 10/05/2017 ; 10h55].

³¹ Idem.

³² Ibidem.

Como veremos no capítulo subsequente a Humanidade e MGM pugnam pela aplicabilidade justificada das contenções físicas e químicas. Com efeito, e como refere Nídia Salgueiro (2014, pp. 48-49) elas podem revelar-se bastante nocivas em situações de aplicação indevida.

O ajudar o idoso na tomada das suas decisões quando ele por si não é capaz de o fazer. Tal revela-se com especial acuidade quando existe a necessidade de negociar cuidados a serem prestados aos idosos. Os cuidados impostos pela força e sem o consentimento informado são totalmente intoleráveis, indesejáveis e geram no idoso com dependência CAP, como referido por Nídia Salgueiro (2014, p. 46)

Outro importante corolário é facto de os idosos permanecerem o mais tempo possível nas suas residências. E, no caso de institucionalização, terem uma parte ativa na vida da instituição. Como bem explica Nídia Salgueiro (2014, pp. 46-47) passa a tratar-se da sua casa e parte da sua identidade pelo que deve merecer todo o respeito.

2.3 O tratamento dos direitos dos idosos na União Europeia

2.3.1 A Carta Europeia dos direitos sociais dos trabalhadores de 1989

O valor jurídico a atribuir à Carta de 1989 tem sido controvertida. Uns vêm nela uma mera declaração política e, por isso, apenas geradora de meras obrigações morais. Não obstante lhe reconhecerem importância segundo Brian Bercusson (2009, pp. 139-141) “ sob o ponto de vista prático a Carta serviu como legitimação política para a Comissão formular um programa legislativo.” Outros autores existem que lhe atribuem um determinado valor jurídico, porquanto, vir mencionado no art.º 151º do TFUE. Naturalmente, que não é este o local para uma tomada de posição, no entanto, no que a nós nos tange iremos fazer-lhe alusão por considerarmos constituir um guia auxiliar interpretativo para a CDFUE.

I. Como se infere pela epígrafe da Carta de 1989 ela tem como alvo uma determinada categoria de pessoas, concretamente, os trabalhadores. Já foi evidenciado que os idosos têm precisões específicas na área laboral e social.

Também ela determina nos seus art.º 24º a 25º o garantir de um nível de vida decente atingida a reforma e, por sua vez, os desprovidos de pensão (independentemente de serem ou não trabalhadores) e outros meios de subsistência devem beneficiar de ajudas de forma a terem assistência social e médica ajustada às suas necessidades específicas. A Carta de 1989 estava ciente das necessidades específicas dos idosos e a importância da vertente social e clínica.

2.3.2 A Carta dos Direitos Fundamentais da UE

Conforme consignado no art.º 6º n.ºs 1 e 3 do TUE³³ a UE reconhece os direitos, liberdades e os princípios enunciados na CDFUE de 2000³⁴ e, por sua vez, ela passa a ter o mesmo valor jurídico dos Tratados, ou seja, força vinculativa.

I. Importa destacar o art.º 25º com a epígrafe «Direitos das pessoas idosas» e que refere que «A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.» Por um lado, o preceito coloca o enfoque na existência condigna e independente e, por outro lado, à participação na vida social e cultural. Pelo que é útil fazer um cotejo com outros preceitos da CDFUE para conseguir colher um melhor alcance destes dois grandes núcleos de direitos.

³³ As versões consolidadas do Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia estão publicadas no Jornal Oficial (JO) C 83, de 30 de março de 2010. (2010/C 83/01). Após ratificação por todos os Estados membros viriam a entrar em vigor em 1 de dezembro de 2009.

³⁴ A última versão da Carta encontra-se publicada no (JO) C 83, de 30 de março de 2010. (2010/C 83/02) p. 1. A CDFUE passaria a ter efeitos vinculativos a partir da entrada em vigor do TUE ou seja, em 1 de dezembro de 2009.

Naturalmente que a preocupação com o direito à igualdade e não discriminação está presente na CDFUE. Com efeito, a CDFUE se, no art.º 20º consagra o direito à igualdade para todas as pessoas já no art.º 21º proíbe a discriminação e inclui na sua lista a não discriminação em função da idade. No entanto, segundo Colm O’Cinneide (2014, p. 702) “a previsão do art.º 25 não foi redigida de forma a criar direitos individuais diretamente exequíveis pois reporta-se a um grupo de pessoas. É mais provável de ser interpretado no sentido de constituir um princípio a ser seguido pela UE em detrimento de um direito subjetivo.”

II. Também o TJ já se viria a pronunciar em alguns casos sobre os direitos dos idosos. Num interessante artigo de Isabel Doron (2013, pp. 604-607) e após ter reduzido a sua amostra a 123 casos julgados pelo TJ no período compreendido entre 1994 a 31 de dezembro de 2010 conclui, entre outras variáveis, que 47,2 % dos casos reportam-se de acordo com a classificação dada pelo TJ a políticas sociais. Por sua vez, outros dois grandes núcleos de matérias são relacionadas com a liberdade de circulação de pessoas (23,6%) e segurança social para trabalhadores emigrantes (21,1%). Todavia, uma classificação distinta da utilizada pelo TJ permite verificar que a maioria dos casos reportam-se a pensões atribuídas pelo Estado (49,6%) e por entidades empregadoras (29,3%). Os restantes casos foram, na sua maioria, sobre não discriminação, reformas compulsivas ou apoio domiciliário.

Na maioria dos casos o TJ decidiu favoravelmente aos idosos (69,1%) e nos restantes (25,2 %) decidiu contra. Com efeito, a autora conclui que poucos foram, ainda, os casos julgados pelo TJ sobre os direitos dos idosos. Todavia, naquelas situações em que o fez constitui um importante guia referencial.”

Com alguma frequência é referido o acórdão P. *Werner Mangold v Rüdiger Helm*³⁵ que tem como objeto a discriminação em função da idade, em que o TJ

³⁵ C-144/04 da Coletânea Curia.

considerou que a proibição da discriminação em função da idade para o acesso ao emprego constante na Diretiva 2000/78/CE era um princípio geral. No considerando 75º o TJ estatui que: “O princípio da não discriminação em razão da idade deve, assim, ser considerado um princípio geral de direito comunitário”. E de tal forma importante que é indiferente se o prazo de transposição da diretiva tenha ou não decorrido. No caso concreto ainda estava em curso.

2.3.3 Outros documentos com relevância para os direitos dos idosos na UE

A UE desde algum tempo se preocupa com o envelhecimento populacional de que é expressão máxima o ano de 2012 designado por “Ano Europeu do Envelhecimento ativo e da Solidariedade entre Gerações”. Em sede de enquadramento a Comissão apresenta um breve apontamento do caminho perseguido. “Os primeiros convites à apresentação de propostas para um Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações foram lançados durante a Presidência Eslovena, no primeiro semestre de 2008. Em junho de 2009, a Comissão lançou uma consulta pública com o fim de recolher ideias e sugestões junto de peritos e principais interessados sobre o modo de maximizar o impacto desta iniciativa. O Conselho manifestou o seu interesse numa ação deste tipo em novembro de 2009, altura em que convidou a Comissão a desenvolver atividades de sensibilização para promover o envelhecimento ativo, designadamente através de um Ano Europeu.”³⁶

Por sua vez, em 2010 a Comissão propôs que o ano de 2012 fosse o Ano Europeu para o Envelhecimento Ativo³⁷. Assente, por sua vez, na Comunicação da Comissão da Europa 2020 – Estratégia europeia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo³⁸.

³⁶ Ver, COM (2014) 562 final, p. 1.

³⁷ Ver, COM (2010) 462 final, p. 3.

³⁸ Ver, COM (2010) 2020.

O Parlamento Europeu viria por Resolução legislativa, de 7 de Julho de 2011 pronunciar-se sobre uma proposta de decisão e do Conselho relativa ao ano europeu do Envelhecimento ativo³⁹.

Por sua vez, por Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, foi nos termos do seu art.º 1º considerado “O ano de 2012 o «Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações» («Ano Europeu») que deve promover a vitalidade e a dignidade de todos.”⁴⁰

Desde já importa esclarecer que se tratam apenas dos momentos considerados mais relevantes para esse efeito. Naturalmente que muito mais poderia ser dito basta, para tanto, uma leitura atenta aos 30 considerando que antecedem a referida decisão.

No entanto, em conformidade com o vertido na Decisão e conforme o seu art.º 2, o objetivo global do Ano Europeu é facilitar a criação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, baseada numa sociedade para todas as idades. O envelhecimento ativo é assim uma tarefa da incumbência de todos. Assim, devem ser incentivados os Estados-Membros, autoridades regionais e locais, os parceiros sociais, sociedade civil e comunidade empresarial.

São destacados os cuidados a ter no mercado de trabalho, a necessidade do combate à pobreza, sobretudo da mulher, e exclusão social. É fundamental adaptar as condições de trabalho, lutar contra os estereótipos relacionados com a idade e a contra a discriminação em função da idade. Melhorar as condições sociais e da saúde (art.º 1º). Com vista à prossecução daquele objetivo cada Estado Membro nomeou um coordenador nacional responsável pelo ano europeu (art.º 4º).

³⁹ Ver, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TC&reference=P7-TC1-COD-2010-0242&language=PT> identificada por EP-PE_TC1-COD(2010)0242; [acedido em 09/05/2017 ; 14h00].

⁴⁰ Decisão Publicada JOUE L 246/8, de 23 de setembro de 2011.

I. A grande executante do Ano Europeu foi a Comissão (art.º 6º). Esta ficou incumbida de apresentar até ao dia 30 de Junho de 2014, ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões um relatório global das iniciativas na presente decisão, com pormenores de execução e resultados, para servir de base a futuras políticas, medidas e ações da União neste domínio.

Tal foi concretizado em 15 de setembro de 2014 quando a Comissão faz um balanço bastante positivo sobre os resultados alcançados e com uma participação ativa de diferentes intervenientes incluindo a sociedade civil⁴¹.

II. Importa destacar uma plataforma que tem estado bastante ativa neste domínio, concretamente, a “*AGE Platform*”. “Trata-se de uma rede constituída por Organizações não lucrativas e que têm como alvo populacional pessoas com idade igual ou superior a cinquenta anos. O seu objetivo é abranger um conjunto de áreas políticas que têm um impacto nas pessoas mais velhas e reformadas.”⁴² Neste contexto, a Comissão prevê vários programas com fundos de financiamento, entre outros, o “*Daphne III*” ao abrigo do qual a plataforma foi financiada e publicou uma proposta da “Carta Europeia dos direitos e responsabilidades de pessoas mais velhas carecedoras de cuidados e assistência prolongadas.”⁴³ Iremos apreciar no capítulo quinto a similitude entre os direitos previstos nesta carta e na RNCCL.

⁴¹ Ver, COM (2014) 562 final.

⁴² Ver, <http://www.age-platform.eu/about-age> ; [acedido em 10/05/2017 ; 17h16].

⁴³ O texto original é “European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long term care and assistance e pode ser consultada em http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf; [acedido em 11/05/2017 ;10h04]

2.4 O tratamento dos direitos dos idosos em Portugal

2.4.1 A Constituição da República Portuguesa

Os direitos dos idosos têm consagração constitucional⁴⁴ (CRP) em Portugal, concretamente, no art.º 72º e sob a epígrafe “terceira idade”. Sob o ponto de vista sistemático estão inseridos no Capítulo II, que tem como objeto os direitos e deveres sociais. Entendemos que o art.º 72º carece de ser cotejado com outros preceitos constitucionais por, com eles, terem estreita conexão.

Assim importa primeiro aferir do conteúdo do art.º 72º para, em momento subsequente, verificar as conexões com outros preceitos constitucionais. Dispõe o n.º 1: «As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.». Já o n.º 2 em matéria de política de terceira idade refere : «A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na sociedade».

Conforme Jorge Miranda e Rui Medeiros (2010, p. 404) trata-se de :“Uma Constituição fortemente comprometida no plano social não pode ignorar **um dos grupos sociais mais vulneráveis do nosso tempo: a população idosa.**”

À luz do que sucede com todos os textos de vocação internacional supra referidos, a CRP prevê o direito à segurança económica e a condições de habitação, bem como a importância da família e da comunidade devendo, no entanto, ser respeitada a autonomia pessoal dos idosos.

Evitar a ostracização desta classe populacional e o seu isolamento é outro imperativo constitucional. Por sua vez, em matéria de política as medidas devem

⁴⁴ A CRP foi aprovada em 2 de Abril de 1976, na segunda sessão plenária da Assembleia Constituinte. Entrou em vigor no dia 25 de abril daquele mesmo ano, conforme seu art.º 296º. Já foi objeto de sete revisões constitucionais sendo que a última, ocorreu com a Lei Constitucional 1/82, publicada no DR n.º 227/1982, Série I de 30 de setembro.

ser concebidas de forma global e transversal a diferentes áreas, mormente, a económica, social e cultural. A realização pessoal dos idosos e a participação ativa na sociedade é assim outro importante imperativo constitucional.

II. Cumpre agora, estabelecer do cotejo com outros preceitos constitucionais como por nós referido. Assim, em matéria de autonomia dos idosos, por ser uma das expressões da dignidade humana não pode deixar ser mencionado o art.º 1º da CRP, porquanto Portugal ser uma República baseada na dignidade humana. Referir o art.º 13º em que se estatui todos os cidadãos serem iguais perante a lei e ser proibida a discriminação. Todavia, a CRP não faz expressa alusão à discriminação em função da idade. No entanto, e como bem referem Gomes Canotilho e Vital Moreira (2014, p. 340) o elenco constante no art.º 13, n.º 2 não é exaustivo pelo que nela é subsumível a idade.

Existem, naturalmente, alguns preceitos que importam ser evidenciados. Concretamente, o que se dispõe em matéria de segurança social no art.º 63º, n.º 3 que protege os cidadãos na velhice. E o art.º 64º «saúde» prevê no n.º 2, al. b) «2: O direito à proteção da saúde é realizado: Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da (...) velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.»

O Estado tem de prover pela inclusão real e efetiva dos idosos para que estes não se sintam um “fardo social e pessoal”. Assim e no âmbito do que se dispõe no art.º 67º «família» da CRP merece-nos uma especial referência o n.º 2, al. b) ao estatuir: «Incumbe, designadamente, ao Estado para proteção da família: Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches ou de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade.» Por último, e não menos importante o art.º 73º «direito á educação e cultura».

III. Com efeito, as designadas universidades de terceira idade têm constituído fóruns essenciais para o diálogo, partilha de experiências, conscientização e sensibilização para a realidade vivida pelos idosos.

2.4.2 Outros documentos com relevância para os direitos dos idosos em Portugal

Importa, desde já, mencionar a RCM n.º 61/2011, de 22 de dezembro que “Institui o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (AEEASG) em Portugal no ano de 2012 e determina a execução a nível nacional das atividades que lhe estão associadas.”⁴⁵

I. E, ainda, a RCM n.º 63/2015, de 25 de agosto⁴⁶ que “aprova a estratégia de proteção ao Idoso”. A RCM remete para o que se dispõe na CDFUE, na Recomendação do CM (2014) e para o art. 72º da CRP todos já objeto da nossa apreciação.

Propõe ainda alterações a determinados diplomas legais, entre eles, o Código Civil no regime das incapacidades o que revela uma preocupação em criar um novo regime jurídico também para as doenças neurodegenerativas.

E também esta mesma resolução destaca alguns direitos dos idosos. Neste campo cumpre destacar a autonomia e liberdade nos termos da qual, é o idoso que decide sobre o seu projeto de vida pessoal e a existirem eventuais restrições devem cingir-se ao estritamente necessário.

Por sua vez, deve ser garantido aos idosos todo o apoio necessário para o exercício dos seus direitos o que passa pela sua própria escolha da pessoa que o há-de auxiliar nesse campo.

⁴⁵ Publicada no DR n.º 244/2011, Série I de 2011-12-22, ver <https://dre.pt> ; [acedido em 11/05/2017 ; 14h08].

⁴⁶ Publicada no DR n.º 165/2015, Série I de 2015, de 25 de agosto, ver <https://dre.pt>; [acedido em 11/05/2017 ; 14h58].

II. Demonstra-se assim, que Portugal não ficou, nem poderia ficar, alheado a todo o reproduzido na comunidade internacional e europeia. Com efeito, a interpretação e execução dos direitos dos idosos implica o conhecimento daqueles textos e tudo o que se vem produzindo na respetiva jurisprudência.

II. Importa ainda referir o Governo português (2012, p. 6) sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações : Programa de ação 2012 | Portugal da responsabilidade do Governo e que toma “como dimensões de referência: a) o reforço do papel das famílias, b) o reforço das relações intergeracionais; c) a valorização do papel da pessoa idosa na sociedade por mecanismos que favoreçam a sua participação ativa e o exercício dos seus direitos; d) a facilitação de acesso ao mercado de trabalho e permanência neste; e) o investimento na aprendizagem ao longo da vida; f) a promoção do voluntariado social; g) a permanência no meio habitual de vida, o mais tempo possível; h) uma maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência.” Por sua vez, destaca a importância da sociedade civil e alguns projetos desenvolvidos por algumas Associações.

III. O PNS 2011-2016 e, entretanto, objeto de revisão e extensão até 2020. Conforme mencionado pela Direção Geral da Saúde (2012a, pp. 6-7) em que o ponto 15 é dedicado especialmente ao envelhecimento ativo, as patologias inerentes. “As intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa. Desenvolvem-se no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; nas instituições de acolhimento (p. ex., lares).”⁴⁷

Segundo Maria João Estorninho e Tiago Macierinha (2014, p. 77) o PNS não tem uma natureza jurídica vinculativa. Trata-se de um documento que

⁴⁷ Ver, Saúde, Direção Geral de - "Plano Nacional de Saúde 2012-2016 : 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde : Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida". 2012. Disponível em WWW: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>; [acedido em 10/10/2016 ; 10h00].

estabelece determinados valores e princípios para o SNS visando permitir uma melhor articulação entre os diferentes decisores e fornece diretrizes válidas para o desenvolvimento do SNS.

IV. Por último e, mais concretamente, temos o Plano de desenvolvimento para a RNCCI 2016 – 2019 da autoria conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde o que será retomado mais adiante.

3. Da Humanidade

3.1 A Humanidade, a MGM e a Enfermagem

A Humanidade e a MGM são, particularmente, caras aos Enfermeiros aquando do exercício da sua atividade, tendo como denominador comum o colocarem, na centralidade, a relação de cuidados entre a pessoa e o profissional de saúde.

É consabido, também, que para o exercício da profissão de enfermeiro é obrigatória a inscrição na respetiva Ordem que é regida por um estatuto (EOE)⁴⁸. Neste sentido dispõe o art.º 3º n.º 2 «A Ordem tem por fim regular e supervisionar o acesso à profissão de enfermeiro e o seu exercício, aprovar, nos termos da lei, as normas técnicas e deontológicas respetivas, zelar pelo cumprimento das normas legais e regulamentares da profissão e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros.»

As ordens desempenham, assim, um importante papel de hétero-regulação, neste caso, no setor da saúde. Elas coexistem com a autorregulação estadual, porquanto, o Estado lhes conceder um espaço próprio para esse efeito.

Razão pela qual representam uma forma descentralização administrativa como, de resto, se dispõe no art.º 267º, n.º 1, 2 e 4 da CRP. Neste contexto, Jorge Bacelar Gouveia (2000, p. 11) reconduze-as à figura de “associações públicas de natureza privada” porquanto terem um cariz eminentemente privado, mas com vista à prossecução de um interesse público dispondo, assim, de um determinado poder de autoridade legalmente estatuído.

E, na esteira de Freitas de Amaral, Luís Fábrica, Jorge Pereira e out. (2015, p. 191) são detentoras de uma “capacidade normativa” mais ou menos intensa.

⁴⁸ A Ordem dos Enfermeiros foi criada e viu também aprovado o seu estatuto pelo DL n.º 104/98, publicado em DR n.º 93/1998, Série I-A de 21 de abril de 1998. Foi objeto de sucessivas alterações a última ocorrida pela L 156/2015, publicada em DR n.º 181/2015, Série I- A, de 16 de setembro de 2015.

Com efeito, para aferir da mensurabilidade concreta dessa capacidade é preciso atender ao que se dispõe na lei que instituiu a respetiva ordem.

Existem assim, sem pretensão de sermos exaustivos, determinados núcleos de matérias de que as ordens profissionais é de uso se acometerem: os comportamentos éticos que devem pautar a conduta da respetiva classe; a “*leges artis*” e o poder disciplinar.

Neste contexto, a deontologia codifica, no dizer sugestivo de Walter Osswald (2002, p. 17), as regras, normas a que deve obedecer toda uma atuação profissional.

Tal como sucede com a Humanidade e a MGM também os enfermeiros têm de observar importantes princípios éticos como refere Tom Beauchamp (1993, p. 2) concretamente: o da beneficência; não maleficência; respeito pela autonomia e justiça.

Quanto à beneficência se é verdade que é preciso retirar benefícios não é menos verídico, que tem de existir um salutar equilíbrio na relação risco e benefício. Já quanto à não maleficência esta impõe a obrigação de evitar causar mal. Por sua vez, o respeito pela autonomia implica atender e observar a capacidade decisória da pessoa quando dela disponha e, por último, a justiça, muito interligada com a distribuição dos benefícios e riscos.

Com a introdução do respeito pela autonomia da pessoa ocorreu uma importante mudança na relação entre a pessoa e o profissional da saúde. A este respeito Sónia Fidalgo (2008, pp. 19-20) identifica “a superação do paradigma paternalista” característica, de resto, da relação hipocrática. Com efeito, de uma relação de autoridade e vertical em que o médico “dispunha” autoritariamente sobre o que seria o melhor para a pessoa passou-se agora, para uma relação de paridade entre o profissional de saúde e a pessoa.

É, justamente, à luz deste contexto que têm de ser interpretados os valores gerais constantes no art.º 99º, n.º 2 do EOE e que integram os princípios éticos

supra referidos: «igualdade; liberdade responsável; verdade e a justiça; altruísmo e solidariedade; competência e aperfeiçoamento profissional».

Sendo também certo que, todas as intervenções de enfermagem devem ser norteadas pelo respeito pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro conforme se dispõe no n.º 1, do art.º 99º do EOE.

Por similitude com a Humanidade e a MGM a relação de ambos tem de ser estabelecida em paridade e de forma humanizada. Há que estar em relação efetiva e atenta para com a pessoa. O diálogo estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa é, naturalmente, de crucial importância como bem notado por Walter Osswald (2000, Ano XI, p. 43) a finura, tato, sensibilidade psicológica, empatia, respeito pela identidade, convicções da pessoa e a transparência da relação sustentada na verdade e no melhor tratamento para a pessoa constituem uma das quintas essências da relação.

O que se descreve subsume-se no conceito da dignidade humana que segundo Gomes Canotilho (2014, p. 199) implica o respeitar da “orientação de vida segundo o projeto espiritual de cada pessoa”. No entanto, a dignidade humana não se reduz a uma mera visão antropológica. Dignidade humana também é sinónimo de respeito recíproco nas relações entre humanos (reconhecimento intersubjetivo) e do respeito pela abertura da pessoa a novas exigências e para as quais reclama prestações públicas ou privadas com vista à respetiva satisfação.

Veremos, no ponto subsequente, que o conceito da Humanidade desenvolvido por Albert Jacquard é eminentemente antropológico.

Todavia, todos os valores e princípios carecem de ser acompanhados por uma “*leges artis*” consentânea com os mesmos. Sónia Fidalgo (2008, pp. 48-49) define-as “como o conjunto de regras gerais de carácter técnico, máximas de experiência e conhecimentos adquiridos, adotados e aprovados pela comunidade científica, vigentes no exercício” de determinada profissão.

I. Vejamos então o que estatui o EOE com relevância para esse efeito sendo que, nos interessa destacar os direitos e deveres a que estão acometidos os enfermeiros na relação de cuidados cuja principal sede legal se encontra nos arts. 100º a 113º do EOE.

Assim, o art.º 100º dispõe sobre os «deveres deontológicos em geral». Já o art.º 101º salienta «o dever para com a comunidade» e art.º 102º «dos valores humanos». Concretamente, o preceito impõe ao enfermeiro a observância dos valores humanos pelos quais se rege o indivíduo e os grupos em que se integra e assume, entre outros, o dever de: c) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Este preceito evidencia particularmente algo que é muito caro à Humanidade e MGM. Não só a consideração da pessoa como um todo, mormente, na sua vertente pessoal, social, económica e cultural bem como, a promoção pela independência e auto cuidado como importantes vetores para a qualidade de vida e bem-estar.

O que se reforça no artº 103º do EOE com a epígrafe «dos direitos à vida e à qualidade de vida» em que se dispõe na “al. a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; d) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

Esta última reveste peculiar importância na tomada de decisão sobre a aplicabilidade de uma contenção química ou física. Quando desnecessárias e/ou desproporcionais atentam contra os direitos fundamentais da pessoa conforme demonstrado pela Humanidade, a MGM e constante no EOE.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa é de cuidado conforme se dispõe no art.º 104º dedicado exclusivamente «ao direito ao cuidado». São por

isso deveres do enfermeiro constantes nas als: a) coresponsabilização pelo atendimento do indivíduo em tempo útil; b) orientar o indivíduo para o profissional de saúde competente; c) respeitar e possibilitar a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde; d) assegurar a continuidade dos cuidados; registrando com rigor as observações e as intervenções realizadas; e) manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados.

Também a Humanidade e MGM destacam a importância dos registos rigorosos, pois são uma evidência importante e permitem a tomada de decisões conscientes e personalizadas.

A atividade de enfermagem implica conforme art.º 105º o respeito pelo «dever de informação e no direito da pessoa ao consentimento informado»; art.º 106º «dever de sigilo»; art.º 107º «respeito pela intimidade»; art.º 108º «do respeito pela pessoa em situação de fim de vida» ; art.º 109º «da excelência do exercício»; art.º 110º « da humanização dos cuidados», art. 111º «dos deveres para com a profissão»; art. 112º «dos deveres para com outras profissões» e art.º 113º « da objeção da consciência».

Com efeito, o dever de informação e o direito ao consentimento informado permitem à pessoa a livre escolha, opção nos cuidados o que garante a paridade na relação estabelecida entre o profissional e a pessoa.

Um enfermeiro deve trabalhar para a excelência e ser auto crítico em relação ao seu trabalho. Neste sentido dispõe o art.º 109º als. a) a c) deve: a) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, em esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.

O cariz pessoal dos cuidados ajustados às necessidades específicas das pessoas constitui a “*quinta-essência*” desta relação. A tecnologia é importante, mas nunca deve perder o seu enfoque no Ser Humano.

Não deve causar por isso estranheza haver uma disposição específica como a constante no art.º 110º referente à «humanização dos cuidados» e que impõem os seguintes deveres ao enfermeiro: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Humanização à luz deste preceito é considerar a pessoa como um todo (vertente holística) e inserida num determinado contexto sócio, económico, cultural e familiar. E, acima de tudo, não gerar a dependência da pessoa pelo que impõe-se, a criação de um ambiente propício que desafie, estimule e promova as potencialidades da pessoa.

Estas preocupações, conforme se verá aquando do tratamento da “*leges artis*”, constituem justamente o cerne da Humanidade e MGM que mediante técnicas ajustadas operacionaliza a autonomia da pessoa e por sua vez, permitem que a relação de cuidados não seja paternalista, mas de paridade.

Por sua vez, a violação dos deveres pelos enfermeiros é geradora, entre outras, da responsabilidade disciplinar constantes nos arts. 76º a 87º do EOE.

O EOE é complementado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)⁴⁹ e ainda de diferentes Regulamentos sendo que, alguns têm como objeto padrões de qualidade em diferentes áreas de intervenção.

⁴⁹ Aprovado pelo DL 161/96 e publicado no DR n.º 205/1996, Série I-A de 4 de setembro.

3.2 Origem, conceito e pensamento da Humanidade

Em diversos escritos, entre outros, Nídia Salgueiro (2014, p. 14) refere-se que o termo Humanidade foi utilizado pela primeira vez, em 1980, por um jornalista suíço, Freddy Klopfenstein.

No entanto, seria Albert Jacquard a popularizar o termo e a concebe-lo antropologicamente. Três são os trechos mais citados na literatura da especialidade de : Albert Jacquard (1988, pp. 163-164) e (1986, pp. 177-179) “A Humanidade é a contribuição de todos os homens de outrora ou de hoje, para cada Homem. (...) Essa contribuição humana para o universo, essa riqueza que não existiria sem os homens e com a qual eles se gratificam mutuamente – é isso a Humanidade”. E numa outra obra o mesmo autor acrescenta (1987, p. 150) “O contributo das oferendas que os homens deram e continuam a dar uns aos outros, desde que têm consciência de ser, proporcionando-lhes um enriquecimento sem limites. A Humanidade é o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências, que só existe graças a nós próprios e se perderá se desaparecermos. A principal missão do Homem na terra é beneficiar do tesouro acumulado e continuar a enriquecê-lo.”

I. Albert Jacquard destaca assim dois importantes elementos, por um lado as características antropológicas comuns a todo o ser humano e por outro lado, a relação intersubjetiva dos Homens. É através dela que sobrevivemos e crescemos.

Nas características comuns evidencia-se segundo Margot Phaneuf (2007, p. 4) principalmente, a verticalidade ou seja, o andarmos sobre duas pernas; o nosso código linguístico e o facto de sermos a única espécie a questionarmo-nos sobre o conceito de pessoa e do nosso futuro.

O conceito da Humanitude assim concebido foi, em 1989, introduzido, pela primeira vez, por Lucien Mias, geriatra⁵⁰, nos cuidados a pessoas idosas.⁵¹ “Em 1995 Yves Gineste e Rosette Marescotti inscreveram-no num pensamento filosófico e numa prática de cuidados, aplicada junto das pessoas idosas, com problemas cognitivos. Trata-se, conforme os autores, de uma *filosofia de cuidados* e designada por *filosofia da Humanitude*”⁵² cujas características serão abordadas aquando do tratamento do pensamento que lhe subjaz.

A Humanitude foi também abordada em Portugal por Luís Archer (2002, Ano XII, pp. 8-14) e (2006, pp. 431-451) em que o autor, sob a forma de um triângulo, apresenta a interligação entre a Humanitude, a Ciência, o Tecnocosmos fazendo uma abordagem holística. Com efeito, se bem apreendemos o seu pensamento o holismo consiste, justamente, na integração da Ciência e do Tecnocosmos com a Humanitude sacralizada.

Ao pensamento de Luís Archer (2002, Ano XII, pp. 7-15) está subjacente o impacto que a ciência e o tecnocosmos tiveram para a desmistificação e a dessacralização da ciência. Tal contribui para que exista saudades do holismo antigo e que ele designa por Humanitude. Pelo que, surge agora, uma nova Humanitude enriquecida pelos contributos prestados ciência e tecnocosmos e que se encaminha “no futuro para um holismo global”.

Luís Archer sustenta assim o seu entendimento na sacralidade da Humanitude. E, por sua vez, alguma doutrina parece querer fundamentar a Humanitude no sagrado a este título veja-se quando referem Mário Simões, Manuel Rodrigues e Nídia Salgueiro (2011, Ano XIX, 56, p. 214)” O ser humano, animal pertence à espécie homo sapiens, como capacidades tais como a sociabilidade, dom da palavra, desenvolvimento intelectual, capacidade reflexiva e simbolizadora, tem levantado questões ao longo da História relacionadas “com a

⁵⁰ Ver, <http://www.agevillage.com/actualite-6758-1>; >.[acedido em 21/04/2017 : 09:57].

⁵¹ Ver, <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/humanitude1.htm>, [acedido em 09/10/2016: 19:10].

⁵² Idem e PHANEUF, Margot - "O conceito de humanitude... cit”.

temática do direito natural, da natureza dos direitos humanos, da fraternidade, da igualdade.”

A este respeito não podemos, todavia, descurar os ensinamentos do positivismo e bem colocados por Norberto Bobbio (1995, p. 135) : É que o positivismo jurídico e a ciência assentam em factos e são desprovidos de juízos de valor para assim, manterem o seu cariz objetivo. Com isso visa-se evitar o subjetivismo privilegiando-se, assim, o que é demonstrável pela evidência. Decerto que não é este o local ajustado para a tomada de posição sobre uma questão com contornos tão delicados e controvertidos. Todavia, não poderíamos deixar de enuncia-la pela sua pertinência e atualidade

I. Subjacente à designada “filosofia da Humanidade” estão os pensamentos de Albert Jacquard e, de forma mais parcimoniosa, Michel Foucault. Com efeito, Yves Gineste e Jérôme Pellissier (2007, pp. 233-234) realçam a importância dos trabalhos de Michel Foucault por lhes possibilitarem perceber as duas principais funções desempenhadas pelos hospitais, asilos e hospícios.

Os hospitais eram considerados um local de cura dispondo assim de uma função terapêutica. Já os asilos visavam manter afastadas as pessoas consideradas perigosas para a sociedade. Por último os hospícios, para além de terem uma função de cura e confinamento visavam ainda, vigiar, guardar e supervisionar os homens velhos. Com efeito, a única preocupação tida nos hospícios era satisfazer as necessidades fisiológicas do idoso pelo que, constituíam meros “depósitos” se seres humanos.

Já com relação a Albert Jacquard evidenciou-se a importância do estar em relação com o próximo. Essa é a razão pela qual o cerne da filosofia está assente na relação de cuidados como, de resto, resulta da noção apresentada pelos autores sobre a filosofia da Humanidade segundo: Yves Gineste e Jérôme Pellissier (2007, p. 247) “Uma filosofia dos cuidados: que possa ligar ciência e consciência; que nos interroge sobre o que é uma relação de cuidados. Para nunca esquecer essas

preciosas características que permitem a um Homem sentir-se humano e permanecer humano perante os seus semelhantes.”

Sustentado no pensamento de Michel Foucault Yves Gineste e Jérôme Pelissier (2007, pp. 224-226) sufragam que as unidades residenciais dos idosos devem ser, acima de tudo, unidades de vida. Dito por outras palavras, as pessoas devem ser detentoras do seu espaço personalizado, poderem receber visitas a qualquer hora e acolhê-las e ter direito à sua privacidade. A título meramente exemplificativo indica-se como uma técnica operacional o dever do cuidador em anunciar-se antes, de entrar no quarto.

Por sua vez, com Albert Jacquard alicerçou-se o estar em relação com o próximo através das competentes técnicas relacionais.

II. No entendimento de Margot Phaneuf (2007, p. 1) existe assim, uma distinção entre o conceito de Humanitude e de humanismo.

Enquanto a Humanitude destaca o ser antropológico ou seja, aquilo que caracteriza o Ser Humano (verticalidade, linguagem, pensamento) já o humanismo representa uma determinada filosofia segundo a qual o Homem está acima de tudo e por essa decorrência constitui o seu valor supremo. No referente ao conceito da humanização é a consideração da pessoa no seu ambiente familiar, cultural, social e económico.

III. Todas estas construções nasceram de um contexto prático experienciado pelos autores. Como reporta Nídia Salgueiro (2014, pp. 21-22) Yves Gineste e Rosette Marescotti são dois professores de educação física que foram convidados por um hospital francês para avaliarem e prevenirem as causas do absentismo laboral resultantes de patologias dorso lombares que, então afetava, os profissionais. Para além de constatarem as más práticas ergonómicas por eles praticados chocou-os, ainda, a pobreza relacional entre as pessoas cuidadas e os

profissionais de saúde. No seu entendimento, as pessoas recebiam poucos olhares, sorrisos e toques.

Por sua vez, os próprios profissionais não dispunham de conhecimentos sistematizados suficientes para melhorarem a prestação da qualidade dos seus serviços. E este foi o motivo que os levou a criar práticas de cuidados sistematizados para ajudarem os profissionais na relação de cuidados. Por essa razão a filosofia encontra-se intimamente interligada com os designados quatro pilares da Humanidade.

Em nossa modesta opinião a própria filosofia confunde-se com os próprios pilares em virtude de ter sido elaborada em contexto prático. Essa é a razão pela qual, se julga oportuno em analisá-los de seguida.

3.3 Os pilares da Humanidade inerentes à MGM

O cariz prático desta filosofia assenta em quatro pilares conforme Nídia Salgueiro (2014, p. 39):” a) no olhar; b) na palavra; c) no toque e d) na verticalidade. Naturalmente que, aqueles, são observados aquando da respetiva execução técnica nos cuidados a prestar. O olhar deve ser axial, horizontal, longo e próximo. Por sua vez, a palavra deve ser frequente, melodiosa, doce e com reforço positivo. O toque deve ser amplo, doce, lento e acariciador (o toque ternura) e a verticalidade deve consistir no estímulo e utilização das capacidades da pessoa por mínimo que sejam.”

De todos estes pilares destaca-se a verticalidade para a qual Yves Gineste desenvolveu a seguinte máxima “*devemos ser como as árvores; viver e morrer de pé*”. Os pilares da Humanidade são implementados através de cento e cinquenta técnicas validadas numa sequência estruturada de procedimentos cuidadosos da Humanidade conforme Nídia Salgueiro (2014, p. 58) “pelos Formadores e Diretores dos IGM, que todos os anos se reúnem em Seminário Humanidade, tipo retiro, se aperfeiçoam os dispositivos pedagógicos, se discutem inovações, problemas do terreno, soluções encontradas e resultados, etc.”

II. Quanto ao alvo populacional prioritário referem Mário Simões, Manuel Rodrigues e Nídia Salgueiro (2011, p. 70) : “Os cuidados de Humanitude dirigem-se de forma prioritária às pessoas dependentes vulneráveis e em situações crítica, crónica ou paliativa.”

Por sua vez ainda, segundo Mário Simões, Nídia Salgueiro e Manuel Rodrigues (2012, p. 82) a MGM tem trazido bastantes benefícios para a qualidade de vida dos idosos acamados, com quadro de demências e outras situações limite. Por decorrência das técnicas operacionais utilizadas os episódios de CAP em alguns casos desapareceram e noutros diminuíram consideravelmente. Naturalmente que o ambiente nos cuidados torna-se mais harmonioso e os cuidadores sentem-se mais realizados. Nas unidades em que se encontra implementada a Humanitude e a MGM o absentismo laboral tem diminuído significativamente.

“Esta metodologia privilegia intervenções não-farmacológicas no controlo e redução de CAP fornecendo técnicas específicas para o efeito, que promovem a verticalização, operacionalizam a humanização, profissionalizam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, melhorando a qualidade de vida da pessoa cuidada e dos cuidadores. É ainda uma metodologia transversal a qualquer cuidado.”⁵³

3.4 Da “leges artis” subjacentes à metodologia de cuidados Gineste Marescotti

Apesar da MGM ser transversal aos cuidados infere-se do pensamento de Margot Phaneuf (2007, p. 1) que a Humanitude e a MGM se interrelaciona muito bem com a enfermagem.

Com efeito, segundo um estudo realizado por Ana Figueiredo, Rosa Melo e Olivério Ribeiro (2016, p. 64)concluiu-se que a formação de enfermeiros futuros

⁵³Ver, http://web.esenfc.pt/pa3/ui/index.php?module=ui&target=outreach-projects&id_projecto=246&id_linha_investigacao=1&tipo=UI [acedido em 21/04/2017 ; 16h23].

na Humanidade e MGM melhoram substancialmente a qualidade dos cuidados, porquanto, aqueles profissionais sabem operacionalizar melhor os cuidados com as técnicas aprendidas ao abrigo da MGM.

Essa foi a razão pela qual, decidimos abordar, aquando do início do presente capítulo, a estreita interligação entre a Humanidade e MGM com a enfermagem. Conforme se demonstrou naquele ponto as técnicas ajudam a operacionalizar os deveres dos enfermeiros constantes no EOE.

Por sua vez, subjacente à Humanidade e à MGM estão os mesmos princípios e valores éticos e jurídicos constantes no art.º 99 do EOE conforme, de resto, refere Nídia Salgueiro (2014, pp. 43-44) e já objeto da nossa apreciação pelo que para lá relegamos.

I. Na impossibilidade de abordarmos as cento e cinquenta técnicas operacionais cumpre-nos referir, ainda que mui sumariamente, as principais regras de arte da MGM.

A primeira regra como refere Nídia Salgueiro (2014, pp. 46-47) é a “negociação de cuidados”. Este princípio decorre do dever de informação e do próprio consentimento informado. A pessoa tem o direito de ser esclarecida previamente sobre os cuidados que lhe serão ministrados e, com efeito, até dispõe de direito de recusa. Naturalmente que este último direito tem de ter aplicação cautelosa, principalmente, num quadro de demências.

Urge por isso saber negociar os cuidados e prestar esclarecimento de forma a que sejam perceptíveis para a pessoa que deles vai ser alvo. Em caso de resistência e, que surgem com bastante frequência, há que apresentar várias alternativas à pessoa para que ela possa exercer o direito da livre escolha. Visa-se, assim, colocar um fim aos cuidados impostos ou pela força e que contribuem para o CAP. São justamente os comportamentos agressivos que conduzem ao “*burnout*” dos cuidadores e atentam contra a integridade física e psicológica de quem é cuidado.

Outra regra é o respeito pelo domicílio também apontado por Nídia Salgueiro (2014, p. 47) sendo indiferente, para este efeito, a pessoa estar em casa ou institucionalizada. Aproveitamos, de resto, para relembrar o quanto o direito à privacidade e autonomia é elencado nos textos internacionais, europeus e nacionais. Concretamente, nos princípios das Nações Unidas para os Idosos (independência e assistência), a jurisprudência do CDESC, do Comité do Conselho da Europa e a RCM n.º 63/2015, de 25 de agosto quando dispõem que o idoso deve permanecer o maior tempo possível na sua residência. E, mesmo quando institucionalizado, deve continuar a ter o direito à privacidade e real participação na instituição de que passa a fazer parte.

Por sua vez, o respeito pelo seu espaço onde estão associadas as suas memórias, emoções e sentido de pertença é uma obrigação, com a qual, se encontra intrinsecamente interligado o dever de se anunciar. Com efeito, ninguém deve ser apanhado desprevenido. “Fazer-se ouvir pela pessoa antes de tocar o seu corpo é um imperativo ético” conforme Nídia Salgueiro (2014, p. 47).

O respeito pelo sono, segundo Nídia Salgueiro (2014, p. 47) é outra regra importante. Em princípio não se acorda a pessoa e a organização dos cuidados deve respeitar este bem essencial pois é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa. De resto se diga que o EOE refere a importância da qualidade de vida e o respeito pela saúde e bem-estar da pessoa. Com efeito, o sono é reparador pelo que a sua interrupção é nefasta para os idosos.

Todas as contenções devem ser justificadas e aplicadas apenas e no estritamente necessário.” de acordo com a mesma autora (2014, p. 47). Atente-se mais uma vez, para o que dispõe, principalmente, na jurisprudência do CDESC e do Comité do Conselho da Europa. A existirem restrições nas liberdades dos idosos elas devem cingir-se ao estritamente necessário o que é bem demonstrativo da importância do princípio da proporcionalidade. Relembremos ainda que o EOE proíbe as práticas desumanas e degradantes na qual, subsumimos as contenções injustificadas ou desmesuradas.

Por último, ao atender ao que se dispõe nas novas regras de arte da gerontologia moderna a Humanidade e a MGM respondem às necessidades formativas evidenciadas no Plano de Viena, Madrid e na jurisprudência do Comité do Conselho da Europa. Efetivamente, ela operacionaliza os cuidados para com os idosos e atende às suas necessidades específicas.

Importa agora, entrar no ponto subsequente que é aferir da importância do IGM na regulação da saúde.

4. A sociedade civil e o caso concreto do Instituto Gineste Marescotti

4.1 A sociedade civil como “stakeholder” para os direitos dos idosos

No segundo capítulo demonstrou-se a importância da sociedade civil para os direitos dos idosos. Com efeito, nos documentos ali versados, mormente, o Plano de Viena e Madrid, Relatório Chung, Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, PNS é lhe feita alusão.

Por um lado, participa nos diferentes forum de diálogo e exerce um importante “*lobby político*” com relação aos interesses que a movem. Por outro lado, ajuda os idosos na satisfação das suas necessidades e sensibiliza a sociedade para os seus problemas. Não deve por isso causar estranheza ser considerada um importante “*stakeholder*”.

É consabido existirem várias noções possíveis de sociedade civil por o próprio termo e a temática serem controvertidos. No entanto, dada a modéstia deste trabalho socorremo-nos do que dispõe a este respeito no site da ONU “a sociedade civil constitui o “terceiro setor” societário juntamente com os governos e empresas. Nela se incluem organizações da sociedade civil e ONG”.⁵⁴

No campo internacional como bem explicita Jonatas Machado (2013, p. 98) a “sociedade civil global” exerce influência decisiva sobre o direito internacional contemporâneo. Por sua vez, esta mesma repercussão constata-se no contexto nacional.

I. O que se refere pode ser evidenciado no PNS. Aquando do desenvolvimento do eixo estratégico da saúde em matéria de cidadania este apresenta, entre outros, como recursos e instrumentos para o reforço da cidadania

⁵⁴ Ver, <http://www.un.org/en/sections/resources/civil-society/index.html> ; [acedido em 29/04/2017 ; 10h51].

em saúde conforme referido pela Direção Geral da Saúde (2012b, pp. 4-5)” **representação e participação do cidadão e da comunidade** em estruturas de governação; **organizações de representação de interesses na saúde** (...) **iniciativas de sensibilização e educação para a saúde**; organização por associações locais, juntas de freguesia, câmaras municipais, organizações religiosas, etc., de grupos de apoio, assistência domiciliária ou prestação de cuidados a grupos específicos, envolvendo **objetivos de literacia, capacitação e “empowerment”**; aconselhamento e orientação; **informação de saúde**, formação formal não só a nível do ensino bem como, direcionado a grupos específicos como por ex, os cuidadores informais; (...) **redes sociais, fóruns e grupos informais; associações de doentes e de consumidores; iniciativas nas empresas e fundações**, ou apoiadas por estas, de responsabilidade social associada à saúde.”⁵⁵

Por sua vez, é ainda o PNS que identifica como oportunidades decorrentes da promoção de cidadania em saúde, concretamente, para o decisor político referido também pela Direção Geral da Saúde: (2012b, p. 6) “ a) afirmação da saúde como valor social transversal e definidor do bem comum; b) incremento do diálogo, coesão e resposta social aos desafios ao Sistema de Saúde; c) centralidade do Sistema de Saúde nas necessidades e expectativas do cidadão como objetivo promotor da integração e articulação dos esforços dos seus agentes.”⁵⁶

II. Evidencia-se assim, nestes textos nacionais, a importância do envolvimento da sociedade civil. Com efeito, existem preocupações comuns, entre outros, com as constantes no Plano de Madrid, jurisprudência do CDESC e do Comité do Conselho da Europa. Concretamente, a consulta da sociedade civil para a identificação das necessidades dos idosos, propostas para a sua resolução e informação e formação na área da saúde.

⁵⁵ Ver, SAÚDE, Direção Geral de - "Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 : 3.1. Eixo Estratégico - Cidadania em saúde". 2012a. Disponível em WWW: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

⁵⁶ Idem.

Ouvir e saber valorar os “*inputs*” da sociedade civil permite, assim, uma melhor identificação das necessidades sentidas e obter soluções mais ajustadas para as carências vividas.

4.2 A teia complexa de atores na regulação da saúde.

Todavia, a sociedade civil não é o único ator no campo da saúde. Com efeito, e como se demonstrará em seguida com a RNCCI, nele operam diferentes intervenientes com qualidades distintas o que suscita naturais desafios, entre outros, quanto à regulação.

A necessidade da regulação resulta, maioritariamente, pela substituição de um Estado prestador por um Estado regulador com o inerente exercício da atividade reguladora entre, mormente, os prestadores dos cuidados de saúde e os cidadãos. Julga-se, por isso, importante tentar esclarecer, de forma modesta, os conceitos de «regulação» e «administração reguladora» porquanto tornarem mais perceptível o exposto.

Com referência ao primeiro Vital Moreira (1997b, p. 34) esclarece que existem duas ideias fundamentais associados à etimologia da noção de regulação. A primeira está intimamente associada à criação e execução de regras, normas. E, por sua vez, regula-se com um determinado objetivo que é, pugnar pela manutenção ou restabelecimento de um determinado sistema em conformidade com determinados objetivos previamente traçados. No campo da saúde serão, decerto, objetivos de interesse público que norteiam a regulação.

No entanto, estamos cientes, das particularidades do “mercado da saúde” que segundo Rui Nunes (2014, p. 150) pode apresentar debilidades e que importam a rápida intervenção estadual através do governo ou entidades independentes operantes no setor da saúde. O seu objetivo primordial será, decerto, garantir a todos o acesso à saúde com cuidados de qualidade.

A administração reguladora tem, assim, como objetivo segundo Paulo Otero (2013, p. 463) criar uma disciplina no funcionamento do respetivo mercado sem nunca perder de vista o interesse público. Estabelece-se assim uma relação triangular entre a entidade reguladora, as empresas e o cidadão. A administração incumbe-se, para esse efeito, de três objetivos: primeiro define como se acede e permanece no mercado; segundo corrige as patologias evidenciadas no mercado que prejudicam a concorrência e os consumidores; por último tenta ser um primeiro conciliador no caso do aparecimento de conflitos entre os diferentes intervenientes com interesses distintos.

I. É de uso distinguir-se quanto à regulação da saúde entre regulação económica e social sendo que, por vezes, revela-se difícil separar as duas por estarem muito interligadas entre si. E, naturalmente, a situação desejável é o salutar equilíbrio entre ambas.

Se é verdade, conforme Rui Nunes (2014, p. 189), que é importante garantir a eficiência ou seja, alcançar o máximo de resultados com a menor afetação de recursos possíveis. E que todos acedam, efetivamente, a cuidados de qualidade eliminando-se eventuais barreiras de acesso não é menos verdade, que não devem ser desconsiderados os direitos das pessoas e a humanização dos próprios cuidados.

II. Pela densidade da matéria da regulação, também neste ponto, vimo-nos na contingência de restringir o objeto à qualidade e segurança nos cuidados de saúde por serem matérias importantes para a MGM.

Também os IGM se preocupam, nomeadamente, com a correta implementação da MGM; o “*modus operandi*” dos cuidadores; a qualidade e segurança nos cuidados e quais as melhorias contínuas do sistema. Para tanto, criaram o “referencial da Humanidade”. É assim designado por não ter sido submetido ao processo de aprovação de uma norma técnica.

Os autores da MGM entendem que, para auditar ao abrigo do referencial serem necessários conhecimentos específicos sobre a MGM. Assim, preferiram mantê-la como referencial e acreditar a Associação Humanidade e Modo de Vida (ASSHUMEVIE) para proceder à respetiva certificação das unidades Humanidade.

Para melhor perceptibilidade, “uma norma técnica designa um conjunto de especificações que visam descrever um objeto, um ser ou uma determinada forma de operar. Daqui resulta um princípio que serve de regra e de referência técnica. Por regra, uma norma não tem cariz vinculativo a não ser que a lei assim o determine. As normas técnicas são homologadas por determinados organismos.”⁵⁷

III. A natureza jurídica das normas técnicas tem sido controvertida. Para Oliveira Ascensão (2016, p. 32) as mesmas não constituem direito ou seja, não fazem parte da ordem normativa. No entendimento do autor não são dotadas de imperatividade e são expressão da lei natural ou seja, daquilo que homem recolheu, percecionou e cuja aplicação lhe permite atingir um determinado resultado.

Todavia, poder-se-á sufragar um entendimento diferente se as mesmas forem percecionadas como uma normação privada. Ou seja, entes privados que ao promanarem determinadas normas são dotadas de imperatividade por força da lei ou por serem seguidas naquele determinado grupo. Como exemplo paradigmático de normação privada e conforme António Hespanha (2009, pp. 570-571) são apontadas as convenções coletivas laborais e os códigos de boas condutas formulados por entidades privadas de referência.

Existem também situações em que as normas técnicas constituem a “razão autónoma da decisão” na decisão firmada pelos tribunais como refere António Hespanha (2009, p. 573).

O autor transcreve o “Ac. STJ SJ20020280003427 de 28/02/2002 e que no seu sumário dispõe:

⁵⁷ Ver, http://www.utc.fr/~tthomass/Themes/Unites/unites/infos/normes/Les_normes.pdf; [acedido em 29/04/2017 ; 17h53].

(...) IV. Torna-se imprescindível, para encontrar as adequadas providências a adotar, o recurso às particularidades das normas técnicas que ao caso convierem para além das regras ditadas pela experiência comum. (...)”

Mais, recentemente, o próprio TJ no C-613/14 “*James Elliott Construction Limited v. Irish Asphalt Limited*” determinou que uma norma técnica aprovada pelo CEN era parte integrante do direito da UE. Não obstante, do CEN ser uma entidade privada e por isso não poder ser qualificada de «instituições, órgãos ou organismos da União», os atos por si adotados têm contudo a natureza de medidas de execução ou de aplicação de um ato de direito da União. É que a norma técnica foi aprovada ao abrigo de um mandato conferido pela Comissão e, por sua vez, foi publicada no JOUE. Entendeu, ainda, o TJ que pelo fato da norma não ter cariz imperativo tal não o impedia de apreciar a questão prejudicial.

IV. A situação enunciada está intrinsecamente associada a duas questões; por um lado, o que há-de entender-se por direito e por outro lado, se existem fontes de direito para além das estaduais.

Com efeito, e conforme (HART, H.L.A., 2011, p. 5): “Poucas questões respeitantes à sociedade humana têm sido postas com tanta persistência e têm obtido respostas, por parte de pensadores sérios, de formas tão numerosas, variadas, estranhas e até paradoxais como a questão «o que é o direito?».”

Diferentes textos de insignes autores são demonstrativos da dimensão desta dificuldade. A este respeito Norberto Bobbio refere (1995, p. 27) que o hábito de considerar direito e estado como iguais é de tal ordem que já existe alguma dificuldade de considerar direito aquele que é apresentado pela sociedade civil.

Por sua vez, Gomes Canotilho identifica o mesmo problema com relação à Constituição. No entendimento do ator esta ficou alheada aos novos sujeitos do poder e elenca nesse núcleo subjetivo as “entidades organizativas (multinacionais)” e os atores “neocorporativos (ordens profissionais)”.

É que o direito apresentado pela sociedade civil efetivamente apresenta problemas no que respeita à sua legitimidade democrática, representatividade e da efetiva responsabilização perante o público em geral.

É consabida a dificuldade da legitimidade democrática, representatividade e da responsabilização perante o público em geral quando são reconhecidas fontes criadoras de direito diferentes das do Estado. É que essas fontes encontram-se distanciadas do Estado e, conseqüentemente, da responsabilidade política deste é o que se infere do pensamento de Vital Moreira quando se reporta à administração autónoma do Estado (1997a, p. 17).

V. Estamos cientes da complexidade da noção de direito no entanto, adotamos com António Hespanha (2009, p. 100) “que o direito é aquela ordem normativa que o povo soberanamente quis e constituiu para conviver.” E, naturalmente, dever-se-á atender às competentes normas de reconhecimento. Ou seja, se o Estado não é a única fonte geradora de direito também é preciso ter certezas quais, as normas que a sociedade civil quer que sejam direito o que, por sua vez, é uma questão de elevada complexidade.

Todavia, entendemos que dificilmente o referencial poderá ser, pelo menos por ora, reconduzido a um determinado complexo normativo, por apenas ter ficado cingido aos IGM seria, em nosso modesto entendimento, utópico atribuir-lhe esse estatuto.

Com efeito, o referencial não passou por um processo de aprovação das normas técnicas junto a uma entidade competente para esse efeito, não foi objeto de publicação e discutido pela comunidade científica. Se é cingido a um corpo tão estrito de destinatários legitimamente nos questionamos; como é que é possível sequer ocorrer um reconhecimento? Em nosso entendimento os IGM não são detentores do estatuto de entidades privadas de referência ao ponto de poderem ditar normas aceites por um determinado grupo.

Apesar de em discurso de 3 de novembro de 2016 da Secretária de Estado das pessoas idosas e da autonomia - Senhora Pascale Boistard – ter referido a importância da Humanidade julgamos, pelos motivos supra aludidos, tal não ser suficiente para elevar o referencial à categoria de uma norma.⁵⁸

VI. No entanto, nas unidades em que é utilizado será decerto um elemento útil para avaliar a qualidade dos cuidados prestados. E, em virtude, do controlo e mensurabilidade da qualidade serem cada vez mais importantes na área da saúde teremos de fazer-lhe alusão.

Assim, para a atividade da normalização em Portugal é competente o IPQ. Por sua vez em França é a “*Association Française de Normalization*” (AFNOR)⁵⁹.

Como já referido, a preocupação subjacente ao “referencial Humanidade” é a mesma evidenciada nos sistemas da qualidade, concretamente, assegurar que os cuidados prestados o sejam em condições de qualidade; segurança e em conformidade com um determinado padrão/norma. Esta preocupação também está subjacente ao SNS.

É frequente dizer-se que as políticas públicas da saúde visam a excelência pelo garantir da qualidade e segurança. Com essa preocupação foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde e que visa implementar a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Por sua vez, o despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do SNS.

“São objetivos do Departamento da Qualidade na Saúde assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da

⁵⁸ Ver, social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-pascale-boistard-humanitude-9eme-colloque-de-formation; [acedido em 29/04/2017; 17h53].

⁵⁹ Ver, <http://www.groupeafnor.org/a-propos/>; [acedido em 29/04/2017; 18h19]. que menciona tratar-se de uma associação ao abrigo da Lei de 1901. Ver ainda <http://www.novethic.fr/lexique/detail/afnor.html>.

efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.”⁶⁰

Todavia, a aplicação do conceito e critérios da qualidade ao campo da saúde não tem sido isenta de dificuldades, principalmente, na relação entre os profissionais de saúde e a pessoa. Neste sentido dispõe Rui Nunes (2014, p. 241) quanto à relação médico/doente : “(...) é considerável a dificuldade de aplicar o conceito de qualidade no âmbito da relação médico/doente, dada a sua natureza subjetiva, aleatória e imprevisível. Não obstante destas reservas tem sido recorrente o apelo à qualidade em saúde, e à implementação de mecanismos para aferir esta qualidade (...).”

Todavia, a implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) com recurso às normas técnicas da família ISO 9001 (*“International Standard Organization”*) ocupam, cada vez mais, um lugar importante na área da saúde.

Assim, implementa-se um determinado SGQ em conformidade com determinadas normas que é objeto de avaliações/auditorias cíclicas. O respetivo resultado poderá ser de conformidade ou não conformidade, tudo dependendo se o serviço ou produto esteja, ou não, conforme com as normas do SGQ.

Em virtude do objetivo último da qualidade ser a melhoria contínua; os resultados das auditorias, constante em relatórios, hão-de determinar o que é necessário fazer para manter ou melhorar o respetivo SGQ. Por sua vez, existem no mercado empresas acreditadas que certificam a sua conformidade.

VII. A necessidade de criar padrões uniformes e auditar a respetiva conformidade para a melhoria contínua do sistema ao abrigo de uma norma não é

⁶⁰ Ver, <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx>; [acedido em 31/10/2016; 06:00].

exclusiva de Portugal. Conforme explica Thomas Klie (2013, pp. 106-107) no âmbito do contexto alemão: Inexistiam na Alemanha diretrizes e padrões de cuidados vinculativos. Atualmente estão a ser concebidos pelo DNQP⁶¹ quatro padrões nacionais num processo bastante moroso e complexo. Num primeiro momento, faz-se a revisão da literatura referente àquela área do saber (dos cuidados). Consolidado este primeiro momento, passa-se para a fase subsequente que é obter um consenso junto à comunidade científica sobre o que é possível ser padronizado. Os padrões assim obtidos sofrerão dos necessários ajustamentos em função dos locais em que vão ser implementados.

E, no que diz respeito aos padrões interdisciplinares na área do cuidados estes já são elaborados segundo Thomas Klie (2013, pp. 358-359) pela BUKO QS⁶² com a intervenção de diferentes grupos profissionais (tais como, médicos, assistentes sociais, trabalhadores auxiliares, terapeutas). Por sua vez, em matéria de fiscalização as unidades residenciais são supervisionadas pelas entidades administrativas competentes. Todavia, as matérias relacionadas com a saúde são da incumbência do departamento clínico das respetivas seguradoras de saúde designados por MDK⁶³. A sua função é garantir a qualidade dos serviços prestados pelos prestadores da respetiva seguradora. Assim sendo, estas duas entidades trabalham em estreita colaboração. A MDK assenta a sua fiscalização em normas da qualidade pelo que é um importante “*player*” para a salvaguarda daqueles padrões.

Já em França os estabelecimentos e serviços sociais e médico-sociais são objeto de auditorias conduzidas por entidades acreditadas pela ANESM⁶⁴. Esta substituiu o anterior Conselho Nacional da avaliação social e médico social e nasceu de uma delegação pública de poderes, no manifesto intuito de fazer o acompanhamento dos estabelecimentos e serviços por si abrangidos. No âmbito da

⁶¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

⁶² Bundeskonferenz Qualitätssicherung im Pflegewesen que está para Conferência federal para a garantia da qualidade no campo dos cuidados.

⁶³ Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen.

⁶⁴ Ver, Agence Nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux que é sinónimo de Agência nacional para a avaliação e qualidade dos estabelecimentos e serviços sociais e médico sociais.

sua competência também se encontram a adoção de recomendações. O diretor da ANESM foi nomeado por decreto presidencial. Para que as entidades por si abrangidas possam operar no mercado da saúde carecem de uma autorização concedida pela entidade administrativa competente. A concessão e renovação da autorização depende da avaliação favorável feita pela entidade certificadora.”⁶⁵

VIII. Verifica-se assim que a qualidade ocupa um lugar cada vez mais importante no âmbito da regulação social. E, por sua vez, a sua articulação com o referencial permite justamente ter um quadro mais completo sobre a imprevisibilidade dos cuidados dificuldade essa; supra apontada por Rui Nunes (ver ponto VI deste capítulo) com referência à relação médico pessoa.

Por sua vez, o exemplo alemão notado reforça a não normatividade do referencial, por não ter tido o reconhecimento e a publicidade dos destinatários com referência e expressão no campo da saúde, concretamente, o envolvimento da comunidade científica.

Todavia, isso não lhe retira a valorosa utilidade de que dispõe para a mensurabilidade dos cuidados numa área de elevada imprevisibilidade como é a da relação pessoa e cuidador.

⁶⁵ Ver, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108; [acedido em 29/04/2017; 18h00].

5. Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

5.1 Enquadramento, caracterização genérica e destinatários da Rede

Em virtude da RNCCI se incluir no SNS e na segurança social não lhe são indiferentes todas as preocupações manifestadas em matéria de garantir a excelência dos serviços pela qualidade e segurança. Essa necessidade é tanto ou mais desafiante por a mesma apresentar uma teia complexa de intervenientes e, por sua vez, estar sob a “alçada” de dois Ministérios que se têm de articular entre si.

É sabido que o direito à saúde tem consagração constitucional no art.º 64º e dele decorre que o SNS tem ser universal e geral, com tendencial gratuitidade cuja gestão deve ser descentralizada e participada.

Como bem refere Rui Nunes (2014, pp. 49-50) todos os cidadãos devem ter acesso à saúde e em paridade (igualdade). Por sua vez, conforme resulta da Base 1, n.º 4 da LBS⁶⁶ os «cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado, ou sob fiscalização deste, por outros entes públicos e privados, sem ou com fins lucrativos». Dito por outras palavras, o Estado não tem de ser ele o prestador de todos os cuidados de saúde.

Conforme Licínio Lopes (2010, pp. 232-234) é bom de ver que sob o ponto de vista orgânico se trata de uma realidade bastante complexa. Enquanto o SNS é constituído pelo conjunto de estabelecimento e serviços dependentes do Ministério da Saúde. Já o sistema de saúde abrange quer, as entidades que operam no SNS e todas as entidades privadas e sociais que nele colaboram mediante a celebração de contratos e convenções.

I. Aqui chegados e como, também, nos dá nota Licínio Lopes (2010, pp. 277-278) a rede de prestação de cuidados continuados foi criada pela primeira vez

⁶⁶ A LBS foi aprovada pela L n.º 48/89, publicada no DR n.º 195/1990, Série I de 24 de agosto. A última alteração foi introduzida pela L n.º 27/2002, publicada no DR n.º 258/2002, Série I-A de 11 de agosto.

através do DL n.º 281/2003, de 8 de novembro. O modelo concebido ao abrigo daquele diploma foi objeto de uma implementação parcial através de um protocolo celebrado com a União das Misericórdias. O referido protocolo foi denunciado pelo governo em 2005.

Por essa decorrência foi criada, ao abrigo do DL n.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI e que expressamente revoga no seu art.º 50º o DL n.º 281/2003, de 8 de novembro o que equivale a dizer, o anterior regime vigente.

Resulta do art.º 1º, n.º 1 do DL 101/2006, de 6 de junho a RNCCI estar sob a alçada do Ministério do Trabalho e do Trabalho e da Solidariedade Social. E, por sua vez, abranger todas as entidades que estejam integradas na RNCCI. Entende-se, que assim suceda, porquanto, a satisfação das necessidades das pessoas com dependência carecerem de prestações sociais e de saúde.

Por sua vez, a RNCCI assenta nos paradigmas da reintegração social e da manutenção concretizados através dos designados três “R”; a) reabilitação; b) readaptação e c) reintegração social.

Nesse sentido dispõe o art.º 5º «1 (...) assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.”

Por sua vez, impõe-se saber qual a noção legal de dependência e que vem vertida no art.º 3º, al. h) define-se a “«dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”

São assim destinatários da RNCCI e conforme explica Nazaré da Costa Cabral (2010, pp. 292-293) todos aqueles que, independentemente do fator idade, se encontrem numa situação limite para a realização das atividades do seu quotidiano. Nela se contemplam todas as atividades principais e instrumentais que, também são designadas em literatura estrangeira por “*activities of daily living*” (ADL) e “*instrumental activities of daily living*” (IADL).

II. Em literatura estrangeira é de uso fazer-se alusão ao termo “*long term care*”(LTC) por abranger as situações supra referidas e serem necessários cuidados a médio e longo prazo.

Como refere, a este respeito, o preâmbulo da proposta da “Carta Europeia dos direitos e responsabilidades de pessoas mais velhas carecedoras de cuidados e assistência prolongada” apresentada pela AGE PLATFORM à Comissão :⁶⁷

“(...) A dignidade humana é inviolável. A idade e dependência não podem ser fundamento para restringir qualquer direito humano inalienável e liberdade civil reconhecido pelos padrões internacionais e incorporadas nas constituições democráticas. Toda a pessoa independentemente do género, idade ou dependência está legitimado a usufruir desses direitos e liberdades e, por sua vez, defender-se contra eventuais violações nos seus direitos humanos e civis. (...)”⁶⁸

Também a Carta remete para todo o manancial de documentos por nós abordados no capítulo 2.

III. Apesar do conceito da dependência, como já referido, não estar dependente da idade referem o Ministérios da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2016, p. 2)” 10 anos após a sua criação, torna-se evidente

⁶⁷ Ver, https://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4. ; [acedido em 01,06,2017 às 13:35].

⁶⁸ Idem.

que maioria (cerca de 85%) dos seus utentes são idosos e que o registo da utilização da mesma por Crianças e Jovens é constituído por casos pontuais isolados.”

IV. Para o alcançar dos seus objetivos a Rede dispõe de um conjunto de serviços que a operacionalizam através de diferentes unidades e equipas.

Dispõe o art.º 12º n.º 1 e 2. «A prestação de cuidados continuados integrados é assegurado por: a) unidades de internamento; b) unidades de ambulatório; c) equipas hospitalares; d) equipas domiciliárias.»

Constituem unidades de internamento: a) unidades de convalescença; b) unidades de média duração e reabilitação e c) unidades de longa duração e manutenção.

Por sua vez, constitui a unidade de ambulatório a unidade de dia e promoção da autonomia.

São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas e, por último, são equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados.»

Como facilmente se evidencia trata-se de uma Rede complexa, multi e interdisciplinar, plurilocalizada e hierarquicamente estruturada por operar a nível nacional, regional e local. Segundo (CABRAL, N.d.C., 2010, p. 305) :” Ela é uma Rede imbricada de natureza pluridisciplinar, mas também de carácter pluriespacial, pois tem concretização a diversos níveis territoriais, entre si articulados e hierarquizados, a saber, os níveis nacional, regional e local (art.º 9º).”

5.2 Princípios e Direitos da Rede

Para aferir da pertinência dos documentos internacionais julga-se adequado ver os direitos consagrados na “Carta Europeia dos direitos e responsabilidades de pessoas mais velhas carecedoras de cuidados e assistência prolongada” e o que se dispõe na RNCII para poder tirar as ilações devidas.

A referida Carta prevê os seguintes núcleos de direitos: “a) direito à dignidade, bem-estar físico e mental, liberdade e segurança; b) direito à autodeterminação; c) direito à privacidade; d) direito a cuidados com qualidade e personalizados; e) direito à informação e consentimento prévio; e) direito à comunicação contínua, participação na sociedade e atividades culturais; f) liberdade de expressão e liberdade de pensamento, consciência, crença, cultura e religião; direito a cuidados paliativos e morte condigna; direito à indenização por danos resultantes por maus tratos, abuso ou negligência.”⁶⁹

Por sua vez, a RNCCI assenta num conjunto de princípios e visa garantir um conjunto de importantes direitos às pessoas em situações de dependência.

Os princípios vêm contemplados no art.º 6º: a) prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; c) equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas de Rede; d) proximidade da prestação de cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; e) multidisciplinariedade e interdisciplinariedade na prestação dos cuidados; f) avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; g) promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; h) participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; i) participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados j) eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Já em matéria de direitos visam-se garantir às pessoas em situação de dependência segundo o artº 7º a) dignidade; b) preservação da identidade; c)

⁶⁹ Ver, https://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4. ; [acedido em 01,06,2017 às 14:04].

privacidade; d) informação; e) não discriminação; f) integridade física e moral; g) exercício da cidadania e h) consentimento informado.

À luz do exposto resulta que há uma grande similitude entre a Carta e a RNCCI. Elas comungam do mesmo princípio que é garantir a dignidade humana da pessoa com dependência. Assegurar-lhe os respetivos direitos e proibir restrições infundadas àqueles.

I. A lei não define o que se deve entender sob a prestação humanizada dos cuidados. Todavia a doutrina não tem sido parca neste campo. No entendimento de Carla Perdigão (2007, p. 49) humanização da saúde é sinónimo dos respetivos serviços irem ao encontro das necessidades da pessoa que deles carece. Eles devem construir a justiça e solidariedade para que se encontra em situação frágil. Por sua vez, impõe-se que a operacionalização dos cuidados coloquem na centralidade a pessoa com respeito pela sua dimensão física, intelectual, relacional e espiritual. No entanto, a autora reconhece que não é o que se verifica com bastante frequência no SNS.

Por sua vez, Walter Osswald (2002, p. 16) para além de referir o esboroar da relação entre a pessoa e profissional da saúde como um fator que contribui para a desumanização aponta ainda, outras variáveis tais como; a utilização excessiva dos meios tecnológicos e a multiplicidade de intervenientes no campo da saúde. Com efeito, de uma relação bipolar entre o profissional de saúde e a pessoa passou-se para uma teia complexa de relações na qual, intervêm na atualidade, estado, seguradoras e equipas de cuidados. E, por outro lado, não pode também ser descurada a excessiva burocratização da saúde que consome tempo precioso aos profissionais de saúde.

Ainda a este respeito, Maria Margarida Teixeira (2003, Ano XII, p. 30) ao curar da humanização para além de colocar o enfoque na competência médica entende, também, serem imprescindíveis que todos os profissionais disponham de normas que uniformizem os procedimentos de serviços.

Também existem autores, como Clara Carneiro (2007, p. 66), em que falar em humanização de saúde implica atender à qualidade destes serviços, porquanto, constituírem os objetivos intrínsecos destes.

Por último, Rui Nunes e Cristina Brandão (2007, pp. 11-12) entendem que a humanização associa-se à visão humanista das democracias ocidentais. Todavia esclarecem que a evolução tecnológica é apenas um meio que deve alcançar um determinado objetivo, concretamente, garantir a qualidade de vida dos cidadãos e a própria condição humana.

II. Com efeito, todas estas prestimosas contribuições evidenciam um traço comum e que, por vezes, tende a ser esquecido. Os cuidados de saúde existem em função da pessoa que deles carece e, por isso, ela deverá ser o alvo das suas atenções e preocupações.

Essa relação pessoal não deve esboroar-se por motivos tecnológicos, vários intervenientes nos cuidados; falta de preparação dos profissionais, excessiva burocratização e ausência da qualidade dos serviços.

Todos estes motivos supra elencados tendem a que os cuidados sejam desumanos e despersonalizados, porquanto, colocarem o enfoque na tarefa em detrimento da pessoa.

Dito de outro modo, o profissional de saúde tende a realizar práticas rotinadas sem sequer questionar-se de quem está a cuidar e da pertinência daqueles cuidados. Ou seja, o doente deixa de ser uma pessoa para ser visto como um mero objeto.

No caso dos idosos com demência a questão ainda revela contornos de delicadeza acrescida, porquanto, requererem cuidados específicos e ajustados às suas necessidades e que à luz do exposto são ainda incipientes.

E todas estas ordens de considerações foram já versados, principalmente, no Plano de Madrid, jurisprudência do CEDSC e do Comité do Conselho da Europa. Todos são unânimes que os idosos devem dispor de uma rede de infraestruturas a qual possam recorrer em caso de necessidade.

Por sua vez, devem ser informados dos recursos existentes e os próprios profissionais terem formação ajustada em gerontologia. O respeito pela sua privacidade e no caso de institucionalização, a sua participação ativa na organização em que residem constituem obrigações legais para os destinatários das normas. É consabido que a regra é manter o idoso o mais tempo possível na sua própria residência por estar no seu próprio ambiente e o que contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. É, por isso, fundamental preservar a autonomia do idoso.

Atente-se que a própria RNCCI quando prevê direitos como dignidade, preservação da identidade, autonomia, exercício da cidadania está consentânea de tudo quanto se dispõe naqueles textos internacionais. No entanto, caberá aos respetivos profissionais implementar estes direitos cuja lacuna também foi evidenciada pelos autores supra referidos aquando do desenvolvimento do conceito da humanização.

III. É justamente neste campo que a Humanidade e a MGM podem ter um elevado valor, pois dispõem de técnicas que operacionalizam todos estes conceitos vagos e indeterminados. Com efeito, de nada adianta ter-se legislação se a mesma não for cumprida por desconhecimento ou incumprimento dos respetivos profissionais. Não deve por isso causar estranheza que Yves Gineste tivesse sido convidado para o primeiro encontro ocorrido, em Portugal, sobre a RNCCI em Elvas e no qual partilhou as experiências conforme se verá em seguida.

5.3 Contributo da Humanidade para a RNCCI

Nos dias 9 e 10 dezembro de 2010, foi assinalado, num encontro em Elvas, o IV aniversário da RNCCI. A respetiva promoção foi da responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Alentejo IP (Instituto Público), em parceria com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Nele, também, participou Yves Gineste reportando-se à temática “a humanidade, como acompanhar os idosos até ao fim”. Apresentou “o trabalho desenvolvido, em França, em doentes idosos e com demência, baseado na filosofia da humanidade”. E explicou “o olhar, o falar, o tocar, a verticalidade e o vestuário foram apresentados pelo Prof. Yves Gineste como fatores essenciais para os cuidados baseados nos «pilares da humanidade», visto serem estes aspetos e atitudes, segundo ele, capazes de promoverem a dignidade, o respeito, a liberdade e autoestima da pessoa, restituindo-lhe o sentimento de espécie, através da qual a pessoa é capaz de continuar a sentir-se um ser humano. Neste sentido, o Prof. Yves Gineste propõe um processo constituído por algumas etapas para a prestação de cuidados (pré-preliminares, preliminares, restabelecimento do circuito sensorial e consolidação sensorial), que podem ser ensinadas aos cuidadores, através de programas de formação e de treino de competências, cujo objetivo é que os cuidadores consigam ser capazes de utilizar os «pilares da humanidade», tais como, «tocar carinhosamente, falar constantemente, sorrir, olhar para a pessoa».”⁷⁰

Na conferência mereceu destaque a importância da MGM pela operacionalização de técnicas assentes numa determinada filosofia para a concretização de determinados conceitos. Elas constituem um contributo para a qualidade de vida e bem-estar dos idosos pois, permitem assegurar cuidados ajustados às necessidades daqueles.

⁷⁰ Ver, <http://www2.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/2945> ; [acedido em 01/10/2016; 10h51 e confirmado em 04/05/2017; 11:14].

6. Conclusões

I. Volvidos aqui cumpre agora, tecer as notas conclusivas finais sobre a questão de que nos resolvemos acometer. Desde já importa notar a atualidade do tema, com efeito o envelhecimento social e população idosa estão a aumentar consideravelmente e os dados estatísticos demonstram que, principalmente, nos mais idosos as doenças neuro degenerativas irão ser significativas. O quadro das demências traz consigo uma forte dependência e com a qual é preciso saber lidar. Todavia, os cuidadores formais e informais não dispõem ainda de conhecimentos adequados para esse efeito. E, mais grave, a ostracização do idoso resultantes da sua estereotipização são impeditivas para a promoção da sua autonomia e autodeterminação. O tratamento infantilizado do idoso e a apreciação das suas necessidades pela lente dos cuidadores fazem, facilmente, incorrer em clichés como “o idoso não tem querer”. O que, por sua vez, se repercute de forma nefasta nos cuidados a lhe serem prestados e, com delicadeza acrescida, nos quadros de demência.

II. É preciso estar ciente de que o idoso é uma pessoa com necessidades, desejos e vontade própria e que devem ser atendidas aquando dos cuidados. Há que dispor de descrição, fino trato e estar em relação real e efetiva com o idoso. É urgente conscientizar o cuidador de que está na presença de uma pessoa com necessidades e capacidade de expressão própria e para a qual têm de ser despendidos por si esforços para que o idoso seja percebido.

III. Com efeito, se investimos tempo em tentar perceber, e bem, o que é que uma criança de terna idade transmite legitimamente questionamos qual a razão pela qual, não dispomos dessa mesma atenção para com o idoso? Se temos paciência em ser complacentes com as naturais “birras” dos mais novos novamente indagamos porque é que é tão difícil dispor dessa mesma solicitude para com o idoso com um quadro de demências? E, se respeitamos a vontade da criança em, por vezes, não querer usar um determinado vestuário porque é que vestimos ao

idoso uma peça de roupa sem o questionar, previamente, a respeito e escutar a sua resposta na medida da sua capacidade de expressão? Justamente, pelos estereótipos, mitos, crenças arquetípicas tidas em torno do mesmo e que urge ser desnudadas e desmitificadas.

IV. Foi por isso de crucial importância ler o que dispõe nos textos legais e jurisprudenciais internacionais, U E e nacionais. Apraz-nos registar ter sido identificada a necessidade para a elaboração de uma convenção internacional dos idosos no Relatório Chung e pela jurisprudência do CDESC. Com efeito, o tratamento fragmentado e espartilhado dos seus direitos não lhes permite garantir a efetividade dos mesmos. Oxalá que esse documento não tarde em chegar para assim poderem constituir um “guia referencial” para os Estados Partes.

V. Por sua vez, ao colocarmos o nosso enfoque na qualidade e bem-estar do idoso está bom de ver que os direitos tiveram de ser tratados como um todo integrado e coerente. Não é possível falar em qualidade e bem-estar se o idoso não for titular de direitos civis e políticos; económicos, sociais e culturais. Efetivamente, estar em relação pressupõe conhecer o contexto familiar, económico, social e cultural do idoso pelo que a abordagem holística foi inevitável.

VI. Foi principalmente pelos documentos da “*soft law*” que sentimos o direito a pulsar como um fenómeno vivo. Pelas consultas realizadas à sociedade civil, pela proximidade que têm junto ao idoso e o “*lobby político*” que as mesmas exercem constata-se que, efetivamente, elas influenciam as políticas públicas internacionais e nacionais. Neste sentido foram particularmente expressivos o Plano de Viena, Relatório Chung, a Age Platform que criou a Carta Europeia dos direitos e responsabilidades de pessoas mais velhas carecedoras de cuidados e assistência prolongada, o PNS e as diretrizes apontadas para a RNCCI. Cada vez mais, as organizações internacionais, a UE e o próprio Estado está a conceder à

sociedade civil fóruns de diálogo e de intervenção próprios para colher os seus valorosos “*inputs*”.

VII. A apreciação de todo o manancial documental supra referido também foram importantes para a interpretação dos preceitos nacionais. Denotou-se que Portugal, e bem, não ficou alheio ao que nele se dispõe e com bastante acuidade importa-nos para esse efeito destacar a RCM n.º 63/2015, de 25 de agosto que finalmente determina, entre outras medidas, a revisão do regime das incapacidades do Código Civil considerado já, por literatura vária, como bastante obsoleto e desfasado da realidade. Talvez, diremos nós, na vez de estarmos tão preocupados em medir a incapacidade fosse mais construtivo aferir da capacidade das pessoas, dos seus desejos e necessidades com promoção da sua autonomia e auto determinação.

VIII. Naturalmente que a Humanidade e a MGM foram impregnados deste novo dinamismo presente na sociedade civil. E, a sua disseminação, certamente se deve ao facto de existir uma grave lacuna no que respeita à prestação de cuidados condignos aos idosos. Com efeito, este movimento pela operacionalização das cento e cinquenta técnicas soube colmatá-la. Doutrina expressiva reconduziu a humanização à relação pessoal entre o doente e a pessoa. Identificou ainda como fatores de não humanização o uso excessivo da tecnologia, a falta de conhecimentos dos operacionais de campo, a disseminação da estrutura relacional pela participação de vários intervenientes e a excessiva burocratização. E, as soluções práticas foram operacionalizadas pela Humanidade e MGM que, justamente, partiram do terreno para firmarem uma base mais teórica. Decerto que não são os detentores exclusivos deste conhecimento, mas realmente não deixa de ser digno de registo que o ensino destas técnicas aos futuros enfermeiros contribui, em muito, para a qualidade dos serviços prestados.

IX. Efetivamente ao socorrerem-se das modernas regras da gerontologia não só responderam às preocupações formativas evidenciadas no Plano de Viena, jurisprudência do CDESC e do Comité do Conselho da Europa bem como, contribuíram para a evolução de uma “*leges artis*” neste campo tão delicado. E, o mais relevante, as técnicas operacionalizam conceitos vagos e indeterminados constantes nos diferentes arquétipos legais, entre eles, o da RNCCI tais como: “independência”, “autonomia”, “cuidados personalizados e humanizados”, “privacidade”, “respeito pela identidade e personalidade”, “qualidade e bem-estar” trazendo elevados benefícios para a saúde destacando-se, com especial ênfase, a eliminação e redução do CAP que contribuíam para o “*burnout*” do cuidador.

X. Por sua vez, a Humanidade e MGM são conformes com a lei e peculiarmente caras à enfermagem por colocar a centralidade na relação entre a pessoa e o enfermeiro. Não causa por isso estranheza o reconhecimento do seu mérito pelo governo francês, a sua disseminação junto às universidades, hospitais e outros países. Nesse sentido, a resposta não poderia deixar de ser afirmativa, efetivamente, ela ajuda em muito os cuidadores na sua vida quotidiana em lidar com os idosos. E, pode vir a influenciar as competentes públicas pelos ganhos que representa para a saúde dos idosos pela promoção da sua qualidade e bem-estar. Por sua vez, representa ainda uma redução considerável do absentismo laboral dos cuidadores e uma diminuição da ingestão de fármacos pelos idosos.

XI. Qualidade foi, por sua vez, a palavra-chave para falarmos na regulação da saúde. Efetivamente, a garantia da qualidade dos cuidados, a mensurabilidade dos resultados e a implementação da melhoria contínua do sistema são o fim último para o qual deve caminhar o sistema de saúde. Nesse sentido, a criação do referencial pela ASSHUMÉVIE pode constituir um instrumento precioso para garantir a qualidade dos cuidados e assim constituir um instrumento válido e de natureza não imperativa e não normativa para a regulação da saúde.

ANEXOS

A) SÍTIOS DA INTERNET

[https:// www. social-sante.gouv.fr](https://www.social-sante.gouv.fr)

<http://alzheimerportugal.org>

<http://apn.pt>

<http://apps.who.int>

<http://dre.pt>

<http://ec.europa.eu/eurostat>

<http://ftp.infoeuropa.eurocid.pt>

<http://pns.dgs.pt>

<http://www.age-platform.eu>

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.arslvt.min-saude.pt>

<http://www.bundesverfassungsgericht.de>

<http://www.census.gov>

<http://www.dgsi.pt/>

<http://www.echr.coe.int>

<http://www.europarl.europa.eu>

<http://www.europarl.europa.eu>

<http://www.gddc.pt>

<http://www.groupeafnor.org>

<http://www.infiressources.ca/>

<http://www.lelabelhumanitude.fr>

<http://www.novethic.fr>

<http://www.pordata.pt>

<http://www.publico.pt>

<http://www.refworld.org/>

<http://www.scml.pt>

<http://www.un.org>

<http://www.utc.fr>

<http://www1.ipq.pt>

<http://www2.arsalgarve.min-saude.pt>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

B) DOCUMENTOS DA ONU

REFERÊNCIA	DESIGNAÇÃO
AGNU na sua resolução 37/51 de 3 de dezembro de 1982	Adoção do Plano na primeira Assembleia Mundial para o envelhecimento ocorrida, em Viena, entre 26 de julho a 6 de agosto de 1982.
AGNU na sua resolução 46/91 de 16 de dezembro de 1991.	Adotou os princípios da Nações Unidas para as pessoas Idosas.
AGNU na sua resolução 57/161 de 18 de dezembro de 2002	Adoção do Plano na segunda Assembleia Mundial para o envelhecimento ocorrida, em Madrid, entre 8 a 12 de abril de 2002.
A/HRC/AC/4/CRP.1	Relatório Chung
E/2012/51	Relatório anual apresentado pelo Alto Comissariados dos Direitos Humanos ao Conselho Económico e Social da ONU
E/1996/22	CESCR General Comment No. 6 : The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons

C) DOCUMENTOS DO CONSELHO DA EUROPA

REFERÊNCIA	DESIGNAÇÃO
REC/94/9	Referente aos idosos .
CM/REC/(2009) 6	Envelhecimento e deficiência no século XXI :quadro legal sustentável que permita uma maior qualidade de vida numa sociedade inclusiva.
CM/REC/ (2014) 2	Promoção dos Direito do Homem dos idosos.

D) DOCUMENTOS DA UE

REFERÊNCIA	DESIGNAÇÃO
COM (2014) 562 final	Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico E Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre a implementação, os resultados e a avaliação global do Ano Europeu do

	Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações, 2012
COM (2010) 462 final	Decisão Do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento Activo (2012)
COM (2010) 2020	Comunicação da Comissão da Europa 2020 – Estratégia europeia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo
Resolução legislativa, de 7 de Julho de 2011	Proposta de decisão e do Conselho relativa ao ano europeu do Envelhecimento ativo
Decisão n.º 940/2011/U E do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011	sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações (2012)

E) JURISPRUDÊNCIA DO TEDH

PROCESSO	DESIGNAÇÃO
P. 4672/02	<i>Farbtuhs v. Latvia</i>
P. 25762/07	<i>“Schwizgebel v. Switzerland”</i>

F) JURISPRUDÊNCIA DO TJ

PROCESSO	DESIGNAÇÃO
<i>C-144/04</i>	<i>Werner Mangold v. Rüdiger Helm</i>
<i>C-613/14</i>	<i>James Elliot Construction v. Irish Asphalt Construction</i>

BIBLIOGRAFIA

- AASEN, Henriette Sinding - "The Right to Health Protection for the Elderly : Key Elements and State Obligations". Intesentia : Cambridge: Coord. TOEBES, Brigit, HARTLEV, Mette, HENDRIKS Aaar e out., 2012. p. 273 - 298 - Health and Human Rights in Europe. ISBN: 978-94-000-0151-0
- ALMEIDA, Mariana Coimbra Ferreira de - "Promoção da saúde depois dos 65 anos : Elementos para uma política integrada de envelhecimento" ; Vol. I. 2009. Disponível em WWW: <<http://pns.dgs.pt/promocao-saude-65/>>. ISBN/ISSN: s/isbn
- AMARAL, Diogo Freitas do, FÁBRICA, Luís, PEREIRA, Jorge e out. - Vol. I - "Curso de direito administrativo". 4ª ed. Coimbra: Almedina, 2015. ISBN: 978-972-40-6209-9
- ANDERBERG, Patrice, LEPP, Margret, BERGLUN, Anna-Lena e out. - "Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis". *Journal of Advanced Nursering*. (2007). p. 635-643. ISSN:
- ARCHARD, David William - "Children, Family and the State". Aldershot: Ashgate, 2003. ISBN: 075460554 X
- ARCHER, Luís - "Profecias do Gene Ético Confronto entre Tecnocosmos e Humanitude". *Cadernos de Bioética*. n.º 30º (2002, Ano XII). p. 7-15. ISSN: 1646-8082
- ARCHER, Luís - "Da genética à bioética". Gráfica de Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética : Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP), 2006. ISBN: 972-603-373-X
- ASCENSÃO, José de Oliveira - "O direito : Introdução e teoria geral". 13ª ed. refundida e 8ª reim. da ed. de março de 2005. Coimbra: Almedina, 2016. ISBN: 978-972-40-2443-1
- BARROS, Pedro Pita - "Economia da Saúde : Conceitos e Comportamentos". 3ª ed. Coimbra: Almedina, 2013. ISBN: 978-972-40-5374-5
- BARROSO, Renato Amorim Damas - "Há direitos dos idosos". *Julgar*. n.º 22º (2014). p. 117-127. ISSN: 1646-6853
- BEAUCHAMP, Tom L. - "The "Four-principles" Approach". Chichester : John Wiley & Sons: Coord. GILLON, Raanan, LLOYD, Ann, 1993. p. 3-12 - Principles of Health Care Ethics. ISBN: 0 471 93033 4

- BERCUSSON, Brian - "European Labour Law". 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. ISBN: 978-0-521-61350-7
- BOBBIO, Norberto - "O Positivismo Jurídico : Lições de filosofia do direito". obra trad. São Paulo: Ícone editora, 1995. ISBN: 85-274-0328-5
- CABRAL, Nazaré da Costa - "Cuidados continuados: A necessidade de uma abordagem integrada nas áreas da saúde e da segurança social". Coimbra : Almedina: Coord. CABRAL, Nazaré da Costa, AMADOR, Olívio Mota, MARTINS, Guilherme Waldemar D'Oliveira, 2010. p. 289-318 - A reforma do sector da saúde : Uma realidade eminente? ISBN: 978-972-40-4104-9
- CANOTILHO, Gomes J. J., MOREIRA, Vital - "Constituição da República Portuguesa Anotada - Vol. 1". 4ª ed. rev. e reim. Coimbra: Coimbra, 2014. ISBN: 978-972-32-2286-9
- CARNEIRO, Clara - "A democracia e a saúde". Gráfica Coimbra :Coimbra: Coord. NUNES, Rui, BRANDÃO, Cristina, 2007. p. 65-68 - Humanização da saúde, Coletânea bioética hoje - XIII. ISBN: 978-972-603-386-8
- CINNEIDE, Colm O' - "Article 25 and the Rights of the Elderly". Oxford : Hart: Coord. PEERS, Steve, HERWEY, Tamara, KENNER, Jeff e out., 2014. p. 693-708. - The EU Charter of Fundamental Rights: A Commentary. ISBN: 978-1849463089
- DORON, Isabel - "Oder Europeans and the European Court". *Age and Ageing*. n.º 42 (2013). p. 604-608. ISSN:
- ESTORNINHO, Maria João, MACIEIRINHA, Tiago - "Direito da Saúde : Lições". reimp. Lisboa: Universidade Católica, 2014. ISBN: 9789725404034
- EUROPE, Council of - "Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights". 2008. Disponível em WWW: <<http://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter/case-law>>. ISBN/ISSN:
- FIDALGO, Sónia - "Responsabilidade penal por negligência no exercício da medicina em equipa". Coimbra: Coimbra, 2008. ISBN: 978-972-32-1634-9
- FIGUEIREDO, Ana Margarida Gomes, MELO, Rosa Cândido Carvalho Pereira de, RIBEIRO, Olivério Paiva - "Formação sobre Metodologia de Cuidados Humanidade: contributo para a melhoria da qualidade dos Cuidados". *Referência*. n.º Suplemento ao n.º 10º, Série IV (2016). p. 60-65. ISSN: 2181.2883
- FONSECA, António M. - "O envelhecimento:algumas questões de bioética". *Cadernos de Bioética, Revista Portuguesa de Bioética*. n.º 40º (2006, Ano 17). p. 105-121. ISSN: ISSN 1646-8082

- GINESTE, Yves, PELISSIER, Jérôme - "Humanidade Compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos". Paris: Instituto Piaget, 2007. ISBN: 978-972-771-976-1
- GOUVEIA, Jorge Bacelar - "As associações públicas profissionais no direito português". Lisboa: Ordem dos Advogados, 2000. ISBN/ISSN: s/isbn
- GRANDE, Carla Maria Perdigão Martins - "Humanização em questão: o estado da arte". *Revista Portuguesa de Bioética : Cadernos de Bioética*. n.º 1º (2007). p. 47-64. ISSN: 1646-8082
- HART, Herbert L. A. - "O conceito de direito". 6ª ed. trad. por Ribeiro Mendes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2011. ISBN: 978-972-31-0692-3
- HE Wan, GOODKIND Daniel, KOWAL Paul - "An Aging World : 2015". Washington DC: U.S. Government Publishing Office, 2016. Disponível em WWW: <<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>>. ISBN/ISSN:
- HERT, Paul de, MANTOVANI, Eugenio - "Specific Human Rights for Older Persons?". *European Human Rights Law Review*. n.º 4 (2011). p. 398-418. ISSN: 1361-15BV
- HESPANHA, António Manuel - "O caleidoscópio do direito : o direito e a justiça nos dias e no mundo de hoje". 2ª ed. reelaborada. Coimbra: Almedina, 2009. ISBN: 978-972-40-3814-8
- HOMEM, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos do - "O Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais : Ficha informativa n.º 16". Lisboa: Gabinete de Documentação e Direito Comparado, 2008. ISBN: 978-972-8707-23-1
- IGL, Gerhard, KLIE, Thomas - "Recht der älteren Menschen". Nomos : Baden Baden: Coord. IGL Gerhard, KLIE Thomas, 2007. p.17-48 - Das Recht der älteren Menschen. ISBN: 978-3-8329-2239-9
- INE - "Estatísticas Demográficas 2014". *Instituto Nacional de Estatística, IP*. (2015). ISSN: 0377-2284
- JACQUARD, Albert - "L' Héritage de la liberté: de l'animalité à l'humanité". Paris: Seuil, 1986. ISBN: 978-2-02-009344-6
- JACQUARD, Albert - "Cinq milliards d'hommes dans un vaseau". Paris: Seuil, 1987. ISBN: 13: 9782020094818
- JACQUARD, Albert - "Herança da Liberdade-da Animalidade a Humanidade". Lisboa: Dom Quixote, 1988. ISBN: 10486

- KANT, Immanuel - "Metafísica dos costumes - parte I - Princípios metafísicos da doutrina do direito". Lisboa: Edições 70, s/ano. ISBN: 972-44-1199-0
- KLIE, Thomas - "Rechtskunde : Das Recht der Pflege alter Menschen". 10ª ed. rev. e amp. Hannover: Vincentz Network, 2013. ISBN: 978-3-86630-293-8
- LOPES, Licínio - "Direito administrativo da saúde". Coimbra : Almedina: Coord. OTERO, Paulo, GONÇALVES, Pedro, 2010. p. 225-371 - Direito administrativo especial, Vol. III. ISBN: 978-972-40-3990-9
- MACHADO, Jónatas E. M. - "Direito Internacional : do paradigma clássico ao pós-11 de setembro". 4ª ed. Coimbra: Coimbra, 2013. ISBN: 978-972-32-2181-7
- MIRANDA, Jorge, MEDEIROS Rui - "Constituição portuguesa anotada - Tomo 1". 2ª ed. rev. at. am. Coimbra: Coimbra, 2010. ISBN: 978-972-32-1822-0
- MOREIRA, Vital - "Administração autónoma e associações públicas". Coimbra: Coimbra, 1997a. ISBN: 972-32-0797-4
- MOREIRA, Vital - "Auto-regulação profissional e administração pública". Coimbra: Almedina, 1997b. ISBN: 972-40-1044-9
- MOREIRA, Vital, GOMES, Carla Marcelino e out. - "Compreender os direitos humanos". Coimbra: Coimbra, 2014. ISBN: 978-972-32-2223-3
- NEVES, João César das Neves - "Economia dos e para os idosos". Presidência do Conselho de Ministros : Lisboa: Coord. CNECV, 2000. p. 35-47 - A pessoa idosa e a sociedade perspectiva ética : colecção bioética VI ; actas do VI seminário nacional do CNECV ISBN: s/isbn
- NUNES, Rui - "Regulação da saúde". 3ª ed. rev. Porto: Vida económica, 2014. ISBN: 978-989-768-068-7
- NUNES, Rui, BRANDÃO, Cristina - "Nota Introdutória, humanização da saúde". Gráfica Coimbra :Coimbra: Coord. NUNES, Rui, BRANDÃO, Cristina, 2007. p.11-14 - Humanização da saúde, Coletânea bioética hoje - XIII. ISBN: 978-972-603-386-8
- OMS - "Dementia: a Public Health Priority". United Kingdom: WHO Library 2012. ISBN: 978 92 4 156445 8
- OMS, UNICEF - "Alma Ata : Cuidados primários de saúde". 1978. Disponível em WWW: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. ISBN/ISSN: 9241800011

- OSSWALD, W. - "A Relação Enfermeiro-Doente e Humanização dos Cuidados de Saúde". *Cadernos de Bioética*. n.º 23º (2000, Ano XI). p. 41-45. ISSN: 1646-8082
- OSSWALD, W. - "Humanização, ética, solidariedade". *Revista Portuguesa de Bioética : Cadernos de Bioética*. n.º 29º (2002). p. 15-20. ISSN: 1646-8082
- OTERO, Paulo - "Manual de Direito Administrativo" : Vol. I. Coimbra: Almedina, 2013. ISBN: 978-972-40-5388-2
- PHANEUF, Margot - "O conceito de humanidade:uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais". 2007. Disponível em WWW: <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf>. ISBN/ISSN:
- PORTUGAL, Governo de - "Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações : Programa de ação, 2012 | Portugal". 2012. ISBN/ISSN:
- QUADROS, Fausto de - "Direito da União Europeia : Direito constitucional e administrativo da União Europeia". 3ª ed. Coimbra: Almedina, 2013. ISBN: 978-972-40-5071-3
- SALGUEIRO, Nídia - "Humanidade um imperativo do nosso tempo". 1ª ed. Coimbra: IGM Portugal - Humanidade Lda, 2014. ISBN: 978-989-98969-0-1
- SAÚDE, Direcção Geral de - "Plano Nacional de Saúde 2012-2016 : 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde : Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida". 2012a. Disponível em WWW: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>. ISBN/ISSN: s/isbn
- SAÚDE, Direcção Geral de - "Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 : 3.1. Eixo Estratégico - Cidadania em saúde". 2012b. Disponível em WWW: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>. ISBN/ISSN: s/isbn
- SAÚDE, Ministérios do Trabalho e da Segurança Social e da - "Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019". Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2016. ISBN/ISSN:
- SIMÕES, Mário Manuel Monteiro - "Cuidar em Humanidade : Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados". Lisboa: Repositório Institucional Veritati: Universidade Católica Portuguesa, 2013. ISBN/ISSN: s/isbn
- SIMÕES, Mário, RODRIGUES, Manuel, SALGUEIRO, Nídia - "Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de

- Humanitude Gineste-Marescotti". *Referência*. n.º 4º, 3ª Série (2011). p. 69-79. ISSN: 0874-0283
- SIMÕES, Mário, RODRIGUES, Manuel, SALGUEIRO, Nídia - "Humanitude, ligação interpessoal de relação e cuidado". *Revista Portuguesa de Bioética : Cadernos de Bioética*. n.º 14º (2011, Ano XIX, 56). p. 213-225. ISSN: 1646-8082
- SIMÕES, Mário, SALGUEIRO, Nídia, RODRIGUES, Manuel - Cuidar em Humanitude : Estudo aplicado em cuidados continuados". *Referência*. n.º 6º, 3ª série (2012). p. 81-93. ISSN: 0874-0283
- TEIXEIRA, Maria Margarida - "Humanização". *Revista Portuguesa de Bioética : Cadernos de Bioética*. n.º 33º (2003, Ano XII). p. 27-33. ISSN: 1646-8082
- UDSCHING, Peter - "Die Entwicklung des Sozialrechts für ältere Menschen der Pflegeversicherung". Nomos : Baden Baden: Coord. IGL, Gerhard, KLIE, Thomas, 2007. p. 75-94 - Das Recht der älteren Menschen. ISBN: 978-3-8329-2239-9
- WALL, John - "Human Right's in Light of Childhood". *International Journal of Children's Rights*. n.º 16º (2008). p. 523-543. ISSN: 0927-556